

Rapport de recherche appliquée principal No. 15

**RECOUVREMENT DES COUTS AU MOYEN DU
FINANCEMENT SOCIAL
ET DES PAIEMENTS A L'ACTE AU NIGER**

**Phases 2 et 3 :
Travaux sur le terrain, Résultats de la recherche
et Recommandations pratiques**

Soumis à :

**Division de la réforme politique et sectorielle
Office de la santé et de la nutrition
Centre pour la population, la santé et la nutrition
Bureau des programmes mondiaux, de l'appui aux activités de terrain et de recherche
Agence des États-Unis pour le développement international**

**Par :
Abdo S. Yazbeck
Mark Wenner
Abt Associates Inc.**

DECEMBRE 1994

PROJET DE FINANCEMENT ET DE PERENNISATION DE LA SANTE (HFS)

**ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
Tél : (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916
Télex : 312638**

**Management Sciences for Health, Sous-traitant
The Urban Institute, Sous-traitant**

Contrat AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00

ABREGE

Afin de tester deux méthodes de paiement et trois interventions visant à améliorer la qualité des soins, le gouvernement du Niger a mis en oeuvre un projet pilote de recouvrement des coûts dans ses arrondissements de Boboye et de Say. Un troisième arrondissement a servi de contrôle. L'une des méthodes testée par le projet était une forme de financement social (taxe et paiement), et l'autre, un paiement pour chaque épisode de maladie. Les résultats du projet pilote qui comprendront des données sur la production de revenus, la qualité des soins, l'accès et la gestion aideront les autorités nigériennes à décider du système de recouvrement des coûts à mettre en oeuvre sur l'ensemble du pays. Ce rapport concerne la question de l'accès— principalement l'effet du recouvrement des coûts sur le recours au système de santé par les groupes vulnérables y compris le quartile le plus pauvre et les personnes âgées.

Le projet a étudié les modifications du comportement de recherche de soins de santé après introduction des changements. D'une façon générale, le financement social a été la méthode choisie par une majorité écrasante des personnes interrogées qui l'a préférée aussi bien au régime actuel qu'à l'autre méthode proposée qui consiste à payer à chaque survenue de maladie. Dans l'arrondissement où l'on a testé le financement social, un pourcentage plus important des personnes interrogées a recherché des soins préventifs aussi bien que curatifs que dans les autres arrondissements pilotes.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent reconnaître l'influence positive des membres du personnel de HFS sur ce rapport. En particulier, les commentaires faits lors du séminaire tenu en mai 1994 nous ont beaucoup aidés. Les auteurs remercient notamment Ricardo Bitran, Ken Currier, François Diop, Denise DeRoeck, Charlotte Leighton et Gerald Wein des révisions et commentaires qu'ils ont apportés à la version préliminaire de ce rapport. Une révision externe faite par Karl Stevens et Robin Barlow a également été beaucoup appréciée. Les auteurs tiennent enfin à reconnaître l'appui financier qu'ils ont reçu de l'Agence des États-Unis pour le développement international.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES GRAPHIQUES	xiii
AVANT-PROPOS	xv
RESUME ANALYTIQUE	xxi
1.0 INTRODUCTION	1
1.1 HISTORIQUE	1
1.2 DESCRIPTION DES METHODES DE PAIEMENT	2
1.3 OBJECTIF ET CHAMP DE L'ETUDE	3
1.4 ORGANISATION DU RAPPORT	4
2.0 QUESTIONS SUR LA RECHERCHE ET LES DONNEES	5
2.1 IMPLICATIONS DES SYSTEMES DE FINANCEMENT SOCIAL	5
2.2 DONNEES	6
2.3 RECHERCHE ET METHODOLOGIE	7
2.3.1 Questions sur la recherche	7
2.3.2 Méthodologie	8
3.0 CONSTATATIONS	11
3.1 COMPORTEMENT DE RECHERCHE DE SOINS DE SANTE	11
3.2 VOLONTE DE PAYER	18
3.2.1 Montant supplémentaire que les gens sont prêts à payer à chaque visite pour assurer que les médicaments sont disponibles	21
3.2.2 Volonté de payer davantage chaque fois pour assurer la disponibilité des médicaments	25
3.2.3 Montant que les gens sont prêts à payer en plus à chaque fois	29
3.2.4 Volonté de payer davantage sous forme de taxe	32
3.2.5 Montant que les gens sont prêts à payer sous forme de taxe	34
3.3 CHOIX DU SYSTEME	36
3.3.1 Préférence d'une méthode de paiement	37
3.3.2 Raisons données pour choisir une méthode de paiement	42
4.0 RESUME ET CONCLUSIONS	45
TABLEAUX DE L'APPENDICE	49
BIBLIOGRAPHIE	91

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1-1	RECHERCHE APLIQUEE PRINCIPALE HFS: DOMAINES, THEMES ET QUESTIONS	xviii
TABLEAU 2-1	CHRONOLOGIE DES ACTIVITES REALISEES AU NIGER	6
TABLEAU 2-2	INFORMATION SUR L'ECHANTILLON	7
TABLEAU 2-3	MODELES ECONOMIQUES	9
TABLEAU 3-1	RECHERCHE DE TRAITEMENT POUR LES MALADIES (POURCENTAGES)	13
TABLEAU 3-2	RECHERCHE DE SOINS CURATIFS DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES	17
TABLEAU 3-3	INSCRIPTION DANS LES PROGRAMMES DE CONTROLE PRENATAL	19
TABLEAU 3-4	VOLONTE DE PAYER A SAY PAR QUARTILE DE REVENU	22
TABLEAU 3-5	VOLONTE DE PAYER A BOBOYE PAR QUARTILE DE REVENU	22
TABLEAU 3-6	VOLONTE DE PAYER A SAY PAR SURVENUE DE MALADIE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS	22
TABLEAU 3-7	VOLONTE DE PAYER A BOBOYE PAR SURVENUE DE MALADIE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS	23
TABLEAU 3-8	VOLONTE DE PAYER A SAY SELON LA SITUATION MATRIMONIALE	23
TABLEAU 3-9	VOLONTE DE PAYER A BOBOYE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE	23
TABLEAU 3-10	VOLONTE DE PAYER DANS LES STRUCTURES SANITAIRES	24
TABLEAU 3-11	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE PAR ARRONDISSEMENT	26
TABLEAU 3-12	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SELON LA DISTANCE A SAY	26
TABLEAU 3-13	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SELON LA DISTANCE A BOBOYE	26
TABLEAU 3-14	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A SAY PAR QUARTILE DE REVENU	27

TABLEAU 3-15	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A BOBOYE PAR QUARTILE DE REVENU	27
TABLEAU 3-16	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A SAY SELON LES CONSULTATIONS ANTERIEURES	27
TABLEAU 3-17	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A BOBOYE SELON LES CONSULTATIONS ANTERIEURES	28
TABLEAU 3-18	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A SAY SELON LA SITUATION MATRIMONIALE	28
TABLEAU 3-19	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A BOBOYE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE	28
TABLEAU 3-20	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE POUR CHAQUE VISITE A UNE STRUCTURE SANITAIRE	30
TABLEAU 3-21	MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS À PAYER EN PLUS A CHAQUE VISITE À LA STRUCTURE SANITAIRE	31
TABLEAU 3-22	MONTANT QUE LES GENS SONT PRÊTS À PAYER EN PLUS À CHAQUE VISITE À LA STRUCTURE SANITAIRE	32
TABLEAU 3-23	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SOUS FORME DE TAXE SELON LE GROUPE ETHNIQUE	33
TABLEAU 3-24	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SELON LE NIVEAU D'EDUCATION	33
TABLEAU 3-25	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SOUS FORME DE TAXE	34
TABLEAU 3-26	MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE (OLS)	35
TABLEAU 3-27	MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE (Tobit)	36
TABLEAU 3-28	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT	38
TABLEAU 3-29	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY SELON LA DISTANCE JUSQU'A LA STRUCTURE SANITAIRE LA PLUS PROCHE	39
TABLEAU 3-30	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE SELON LA DISTANCE JUSQU'A LA STRUCTURE SANITAIRE LA PLUS PROCHE	39
TABLEAU 3-31	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY PAR QUARTILE DE REVENU	39

TABLEAU 3-32	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE PAR QUARTILE DE REVENU	40
TABLEAU 3-33	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY PAR SURVENUE DE MALADIE	40
TABLEAU 3-34	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE PAR SURVENUE DE MALADIE	40
TABLEAU 3-35	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY SELON LA SITUATION MATRIMONIALE	41
TABLEAU 3-36	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE	41
TABLEAU 3-37	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT	42
TABLEAU 3-38	RAISONS DE CHOISIR LA METHODE TAXE PLUS PAIEMENTS FORFAITAIRES	43
TABLEAU 3-39	RAISONS DE NE PAS CHOISIR LA METHODE DE PAIEMENT A L'ACTE	43
TABLEAU 3-40	RAISONS DE CHOISIR LA METHODE DE PAIEMENT A L'ACTE	44
TABLEAU 3-41	RAISONS DE NE PAS CHOISIR LA METHODE DE TAXE PLUS PAIEMENTS FORFAITAIRES	44

TABLEAUX DE L'APPENDICE

TABLEAU A-1	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS)	51
TABLEAU A-2	RECHERCHE DE SOINS DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT)	52
TABLEAU A-3	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : HOMMES	53
TABLEAU A-4	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : HOMMES	54
TABLEAU A-5	RECHERCHE DE SOINS DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS : FEMMES)	55
TABLEAU A-6	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : FEMMES	56
TABLEAU A-7	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : MOINS DE 5 ANS	57
TABLEAU A-8	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : MOINS DE 5 ANS	58
TABLEAU A-9	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : MOINS DE 16 ANS	59
TABLEAU A-10	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : MOINS DE 16 ANS	60
TABLEAU A-11	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 44 ANS	61
TABLEAU A-12	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 44 ANS	62
TABLEAU A-13	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : MOINS D'UNE HEURE DE MARCHE	63

TABLEAU A-14	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : MOINS D'UNE HEURE DE MARCHÉ	64
TABLEAU A-15	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE TROIS HEURES DE MARCHÉ	65
TABLEAU A-16	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE TROIS HEURES DE MARCHÉ	66
TABLEAU A-17	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHÉ	67
TABLEAU A-18	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHÉ	68
TABLEAU A-19	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE	69
TABLEAU A-20	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE	70
TABLEAU A-21	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS RICHE	71
TABLEAU A-22	RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS RICHE	72
TABLEAU A-23	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (TOUS LES ARRONDISSEMENTS)	73
TABLEAU A-24	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT)	74
TABLEAU A-25	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : MOINS D'UNE HEURE DE MARCHÉ	75

TABLEAU A-26	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT) : MOINS D'UNE HEURE DE MARCHE	76
TABLEAU A-27	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 3 HEURES DE MARCHE	77
TABLEAU A-28	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 3 HEURES DE MARCHE	78
TABLEAU A-29	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHE	79
TABLEAU A-30	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHE	80
TABLEAU A-31	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE	81
TABLEAU A-32	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE	82
TABLEAU A-33	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS RICHE	83
TABLEAU A-34	INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS RICHE	84
TABLEAU A-35	VOLONTE DE PAYER DANS LES STRUCTURES SANITAIRES : MODELE LOGIT	85
TABLEAU A-36	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES : MODELE LOGIT	86
TABLEAU A-37	MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER A LA STRUCTURE SANITAIRE : MODELE OLS	87
TABLEAU A-38	MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER A LA STRUCTURE SANITAIRE : MODELE TOBIT	88
TABLEAU A-39	VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SOUS FORME DE TAXE : MODELE LOGIT	89

TABLEAU A-40	MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE : MODELE OLS	90
TABLEAU A-41	MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE : MODELE TOBIT	91
TABLEAU A-42	CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT : MODELE LOGIT	92

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 3-1	RECHERCHE DE TRAITEMENT EN CAS DE MALADIE DECLAREE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES	14
GRAPHIQUE 3-2	INSCRIPTION DANS LES PROGRAMMES DE CONTROLE PRENATAL	20
GRAPHIQUE 4-1	PRIX PAR VISITE (Y COMPRIS PRIX PAYE A LA STRUCTURE SANITAIRE, FRAIS DE DEPLACEMENT ET FRAIS D'ATTENTE)	46

AVANT-PROPOS

Ce document fait partie d'une série de rapports sur les résultats et les recommandations en matière de politiques entrant dans le cadre de la troisième étape des grands travaux de recherche appliquée réalisés par le Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS).

Le Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) est une initiative quinquennale financée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Il a pour but de fournir une assistance technique, de réaliser une recherche appliquée, de dispenser une formation et de diffuser les informations sur le financement des soins de santé dans l'ensemble du monde en développement. Le projet vise à influencer des changements en matière de politiques en faisant progresser les connaissances ; en testant et en améliorant les méthodes de prestation, de financement et d'administration ; en renforçant les capacités tant institutionnelles que techniques. A ce jour, HFS a participé à des activités de financement des soins de santé dans plus de 30 pays en développement du monde entier. Les travaux de recherche appliquée représentent un quart des activités du Projet HFS.

HFS a réalisé sa recherche appliquée en trois étapes. La première étape comprenait un examen de la littérature et de l'expérience ainsi que la mise en place d'un cadre conceptuel. Les documents rédigés dans le cadre de la première étape sont essentiellement de nature conceptuelle et méthodologique et, par conséquent, s'adressent aux chercheurs sur le terrain et aux enseignants. Néanmoins, vu que ces documents mettent également à jour des lacunes actuelles dans les connaissances, ils sont utiles aux bailleurs de fonds internationaux, aux décideurs des ministères de la santé et à d'autres personnes concernées par la politique des soins de santé.

Les étapes 2 et 3 ont été conçues pour combler en partie les lacunes dans les connaissances actuelles identifiées dans la première étape. La deuxième étape comprenait la recherche de terrain et la collecte de données et la troisième étape, l'analyse de données, la rédaction de rapports et la diffusion de l'information. Les documents de la troisième étape ont comme public principal les décideurs des pays en développement à l'intérieur et à l'extérieur des pays où a été effectuée la recherche. Les méthodes, les résultats et les recommandations ont été rédigés dans un langage non technique et l'information technique a été fournie dans les Annexes.

Les produits de la troisième étape intéresseront les bailleurs de fonds internationaux puisqu'ils valident ou infirment des hypothèses importantes et évaluent des politiques existantes. Ces documents permettent également d'éprouver de nouvelles méthodes de recherche ou des méthodes améliorées, d'identifier les directions pour les recherches futures et enrichissent, par des informations empiriques, l'ensemble général des connaissances. Aussi, devraient-ils être utiles aux chercheurs et aux universitaires.

LE ROLE DE LA RECHERCHE APPLIQUEE DANS LA REFORME DE LA POLITIQUE SANITAIRE

La réforme du financement de la santé est une question politique de toute première importance ainsi qu'une priorité pour le secteur de la santé dans le monde entier. Dans les nations industrialisées, le contrôle des coûts des soins de santé a été le moteur des efforts de réforme des politiques du financement sanitaire. Dans les pays en développement, un des grands facteurs poussant à la réforme a été la demande croissante qui s'exerce sur les ressources publiques de plus en plus obérées suite à l'engagement traditionnel des gouvernements à fournir des services de santé gratuits à tous.

Au cœur du débat de politiques, l'on a les discussions quant aux manières d'améliorer l'équité et l'efficacité. Dans l'idéal, les pratiques et les politiques du financement des soins de santé devraient promouvoir tant l'équité-l'accès financier et physique aux soins-que l'efficacité - la maximisation des gains sanitaires par le biais de réductions dans les coûts de la production et d'accroissement dans la consommation appropriée. Ces discussions concernent également le débat sur l'impact des réformes du financement sanitaire sur la qualité des soins, l'accès du pauvre et les rôles respectifs des secteurs public et privé.

La formulation de politiques efficaces pour traiter de ces questions exige de solides informations empiriques quant à toute une gamme de questions sur les côtés de la demande et de l'offre du marché pour les services de santé. Dans un grand nombre de pays en développement, de solides données empiriques sont rarement disponibles et le débat public sur le financement sanitaire est souvent dominé par de grandes idées qui ne sont pas toujours bien ancrées dans la réalité. Voici certaines de ces grandes idées qui doivent passer le test empirique :

- ▲ "Le pauvre ne paiera pas pour les services de santé."
- ▲ "Le secteur privé est plus efficace que le secteur public pour la production des services sanitaires."
- ▲ "Le secteur privé n'a pas de rôle dans le programme sanitaire public."
- ▲ "Là où la plus grande proportion des ressources sanitaires totales est dépensée pour les soins curatifs, l'octroi de ressources est inefficace."
- ▲ "Les plans de financement social et de partage de risques ne seront pas efficaces dans les zones rurales et pauvres."

Un nouvel ensemble de recherche commence à prendre forme, éprouvant la validité de certaines de ces opinions courantes sur le financement de la santé. Par exemple, des études empiriques de la demande pour les soins de santé dans les pays en développement ont montré que, lorsqu'ils avaient le choix, même les plus pauvres préfèrent souvent payer pour des soins de santé de meilleure qualité que d'obtenir des soins gratuits mais d'une faible qualité.

Les politiques publiques concernant le financement de la santé pourraient grandement bénéficier de meilleures connaissances de questions telles la volonté des gens à payer pour les services de santé, l'efficacité relative des prestataires publics et privés, les rôles du secteur privé et le coût-efficacité des investissements dans les soins curatifs et préventifs. Et pourtant, malgré la plus grande attention accordée récemment à la recherche appliquée dans le financement de la santé, il reste des lacunes importantes dans nos connaissances.

UN PROGRAMME DE RECHERCHE APPLIQUEE

La recherche appliquée de HFS cherche à faire avancer les connaissances dans des domaines de politiques-clés et à renforcer les capacités analytiques chez les chercheurs des pays en développement. La recherche vise à traiter de questions de politiques-clés, à explorer les domaines de recherche négligés, à améliorer les méthodes analytiques et à tester de nouvelles techniques méthodologiques. Grâce à l'examen et aux conseils d'un groupe consultatif technique de l'extérieur, le projet a identifié quatre grands domaines d'enquête où une recherche appliquée se justifiait : recouvrement des coûts, efficacité productive, financement social et secteur privé. Aux fins de répondre aux conditions contractuelles de l'AID, le projet a également identifié neuf domaines spécifiques au sein de ces catégories (voir encadré).

HFS a fait des examens de littérature (Etape 1) pour ces neuf thèmes à l'exception d'un seul (l'exception étant la réaffectation des dépenses du secteur public). A la demande de l'AID, un autre domaine de recherche de terrain-une évaluation de l'impact économique du paludisme-a également été étudié. Les recherches de terrain ont été faites (Etape 2) et des documents analytiques ont été rédigés (Etape 3) dans les quatre principaux domaines de recherche. Ils couvrent les six thèmes spécifiques suivants :

- ▲ Volonté de payer pour des améliorations dans la qualité des services de santé dans le contexte du recouvrement des coûts
- ▲ Impact des améliorations de la qualité des services sanitaires sur les coûts, l'efficacité et la demande
- ▲ Efficacité des services de santé du secteur public
- ▲ Comparaison de l'efficacité des secteurs public et privé pour la prestation des services de santé
- ▲ Impact du financement social des services de santé sur la demande, l'équité et la pérennité
- ▲ Développement des services de santé du secteur privé
- ▲ Impact économique du paludisme

Outre ces documents de recherche appliquée, HFS a mis au point toute une série d'instruments de recherche et de bases de données. (Une liste en est donnée dans un document de projet séparé "Instruments de recherche et bases de données du Projet de financement et de pérennisation de la santé.")

RECHERCHE APPLIQUEE PRINCIPALE HFS : DOMAINES, THEMES ET QUESTIONS		
Domaine recherche	Thème recherche Etape 1	Principale question de recherche
RECOUVREMENT DES COUTS	Qualité des soins	Volonté à payer pour des améliorations de la qualité
	Protéger le pauvre	Concevoir des systèmes équitables de recouvrement des coûts
	Efficacité de la consommation	Concevoir des mécanismes monétaires et autres qui encouragent des modes efficaces de demande des soins
EFFICIENCE PRODUCTIVE	Réforme du secteur public	Faisabilité d'une plus grande efficacité dans la production par le biais d'incitations pour le personnel
	Réaffectation des dépenses du secteur public	Définition d'un mode d'affectation optimale et adéquation des modes d'affectation actuels
FINANCEMENT SOCIAL	Elargir son rôle	Faisabilité du partage de risque pour le pauvre
SECTEUR PRIVE	Développement des marchés privés des soins de santé	Déterminants et implications du développement du secteur privé
	Différences publiques-privées dans l'efficacité	Existence de différences dans l'efficacité productive entre les prestataires publics et privés
	Interactions publiques-privées	Faisabilité d'une collaboration bénéfique du point de vue social entre le gouvernement et le secteur privé

APPROCHE AXEE SUR LES POLITIQUES POUR LA RECHERCHE APPLIQUEE

HFS a réalisé toutes les activités de recherche de terrain en collaboration et avec une participation active des chercheurs et des décideurs locaux. En outre, lorsqu'on envisageait plusieurs sites pour la recherche appliquée principale, HFS cherchait à identifier des possibilités où les résultats de la recherche pouvaient étayer directement le processus de réforme des politiques.

Par exemple, au Niger, HFS a fourni une assistance technique au gouvernement pour tester deux systèmes de recouvrement des coûts pour les soins curatifs dans les établissements publics ambulatoires : un paiement forfaitaire par épisode de maladie et une taxe d'arrondissement avec un ticket modérateur. Une recherche appliquée a été faite pour évaluer et comparer des indicateurs-clés dans le cadre des deux systèmes de financement, notamment les améliorations de la qualité des soins, les coûts des améliorations de la qualité, la volonté des gens à payer pour les améliorations de la qualité et les implications des méthodes de financement du point de vue équité. Les activités de recherche étaient combinées à l'assistance technique en vue de concevoir et de mettre en place des systèmes de gestion améliorés pour les formations sanitaires, de nouvelles procédures de gestion pour le personnel administratif et des pratiques améliorées de diagnostic et de traitement pour le personnel médical.

Au Sénégal, HFS a réalisé une recherche appliquée pour évaluer les diverses dimensions du système sanitaire actuel, notamment le cadre juridique et réglementaire du financement de la santé, l'efficacité des comités de santé villageois ; les coûts, le financement et l'efficacité des prestataires publics et privés ; la dimension, le rôle et l'évolution du secteur privé et la demande pour les soins de santé. Le Gouvernement du Sénégal prévoit d'importants projets de démonstration régionale pour appliquer certaines des recommandations tirées de la recherche.

Tous les produits de la recherche appliquée principale de HFS sont soumis à un processus d'examen formel qui fait appel au personnel du projet, à des experts externes des institutions universitaires et internationales et des membres du groupe consultatif technique du projet. C'est l'excellence que vise HFS dans ses produits et nous serions heureux de recevoir tous commentaires ou suggestions à propos de nos travaux de recherche.

Si vous avez des questions ou des commentaires à propos de notre recherche appliquée, veuillez contacter les Directeurs techniques ou de la recherche appliquée. Pour les informations concernant les produits écrits HFS sur la recherche, l'assistance technique et l'information ou pour des renseignements pour commander ces produits, prière de contacter le Centre d'informations du projet.

Ricardo A. Bitran
Directeur de la recherche appliquée

RESUME ANALYTIQUE

HISTORIQUE

Le gouvernement du Niger a mis en oeuvre un projet de tests pilotes de recouvrement des coûts dans son secteur non-hospitalier dans deux arrondissements, Boboye et Say, de 1993 à 1994. Ce projet visait à tester deux méthodes de paiement différentes ainsi que des interventions d'amélioration de la qualité des soins. La première méthode était une forme de financement social (taxe annuelle pour les adultes plus paiement minime par survenue de maladie au moment de l'emploi des services) et la deuxième un paiement forfaitaire à chaque épisode de maladie. On a recueilli des données sur les ménages et les structures sanitaires dans les deux arrondissements ainsi que dans un arrondissement contrôle, Illéla.

Trois interventions visant à améliorer la qualité des soins ont également eu lieu en même temps que l'introduction du recouvrement des coûts. La première intervention était la formation des responsables de la santé dans les structures sanitaires du Ministère de la santé des arrondissements de Boboye et Say aux protocoles de diagnostic et de traitement. La deuxième intervention était un apport de produits pharmaceutiques distribués aux structures sanitaires concernées par le projet pilote et financé par un don de la Banque mondiale. La troisième intervention était une amélioration du système intégré de gestion pour la comptabilité.

Les objectifs de ces tests pilotes étaient d'aider les autorités nigériennes à décider du type de système de recouvrement des coûts à mettre en oeuvre sur l'ensemble du pays. Les autorités ont étudié particulièrement les domaines suivants:

- ▲ Création de revenus;
- ▲ Qualité des soins;
- ▲ Accessibilité financière ou équité d'accès; et
- ▲ Coûts et contraintes de gestion.

OBJECTIFS

Ce rapport examine l'un des objectifs des tests pilotes, à savoir : l'accès. Il est particulièrement intéressant de connaître l'effet du recouvrement des coûts sur l'emploi des services de santé par les groupes vulnérables. Nous supposons que faire payer des services qui étaient gratuits auparavant risque de rendre ces services inaccessibles au plan financier aux groupes les plus pauvres. Par contre, la mise en oeuvre d'améliorations de la qualité des soins, telle que la disponibilité des médicaments, en plus du recouvrement des coûts, peut rendre les structures publiques plus attrayantes, particulièrement pour les personnes ayant de longues distances à parcourir à un coût relativement élevé. En outre, il est important d'explorer les différents effets des deux méthodes de paiement aussi bien par rapport l'une à l'autre que par rapport à l'absence de tout recouvrement des coûts.

Cette étude est axée sur les modifications du comportement de recherche de soins médicaux après l'introduction des deux méthodes de paiement. Elle s'intéresse aussi à la volonté et à la capacité des populations de payer les améliorations de la qualité et à leur préférence en matière de méthodes de paiement. La liste des questions soulevées est la suivante :

1. Quel est l'effet net de l'accroissement du fardeau financier du recouvrement des coûts et des améliorations de la qualité des soins sur la recherche de soins dans les structures publiques? Comment les groupes vulnérables sont-ils affectés?
2. Existe-t-il une volonté et une capacité de payer les améliorations de la qualité? Comment cette volonté et cette capacité de payer changent-elles selon les groupes de revenu, la distance jusqu'aux installations publiques et autres variables explicatives?
3. Les gens préfèrent-ils le financement social au paiement par survenue de maladie? Y a-t-il des différences dans les préférences de mécanismes de paiement par arrondissement, groupe de revenu et distance des installations?

METHODOLOGIE

Ce rapport s'appuie sur les données recueillies auprès des ménages avant et pendant le test pilote pour évaluer les changements dans la recherche de soins médicaux et faire état des préférences. Des enquêtes auprès des ménages ont été menées six mois avant l'introduction du recouvrement des coûts et des améliorations de la qualité et six mois après. On a utilisé des instruments descriptifs et économétriques pour analyser les données.

CONSTATATIONS

Impact sur l'utilisation des services de santé

Les premières questions posées plus haut concernent les modifications du comportement de recherche de soins de santé dues à la mise en oeuvre du recouvrement des coûts. Parmi les principales constatations, on peut citer :

- ▲ En ce qui concerne l'effet net sur la recherche de soins dans une structure publique en cas de maladie ou de blessure, la probabilité s'est accrue dans l'arrondissement où l'on a appliqué le financement social, n'a pas changé dans l'arrondissement où les gens payaient par épisode de maladie et a diminué dans l'arrondissement contrôle. Cela signifie que les effets négatifs de l'augmentation des prix ont été plus que compensés par les effets positifs des améliorations de la qualité.

- ▲ En stratifiant les données par sexe, on constate que pour les femmes il n'y a pas eu de changement du comportement de recherche de soins de santé dans les arrondissements à financement social et à paiements par épisode de maladie, mais une diminution de la probabilité de la recherche de traitement dans une structure publique dans l'arrondissement contrôle. Cela signifie que sans recouvrement des coûts et améliorations de la qualité, il était moins probable que les femmes ne recherchent des soins dans des structures publiques et que leur situation s'est détériorée alors que dans les deux arrondissements pilotes, la situation des femmes n'avait pas empiré.
- ▲ En stratifiant les données par âge, on constate pour les enfants de moins de 15 ans et les personnes âgées, une augmentation de la probabilité de recherche de soins dans l'arrondissement à financement social, aucun changement dans l'arrondissement à paiement par épisode de maladie et une diminution dans l'arrondissement contrôle.
- ▲ L'unique changement de comportement de recherche de soins de santé du quartile le plus pauvre a été constaté dans l'arrondissement contrôle qui a montré une diminution de la probabilité que les indigents se rendent dans une structure sanitaire en cas de maladie. Cela signifie que l'effet négatif de l'accroissement du prix a été compensé par les améliorations de la qualité, même pour les couches les plus pauvres de la population dans les deux sites pilotes.
- ▲ En ce qui concerne les soins préventifs, la probabilité de s'inscrire dans un programme de contrôle prénatal a augmenté dans l'arrondissement à financement social et n'a pas changé dans les deux autres arrondissements.

La liste des constatations indique qu'il est plus probable que les ménages des deux arrondissements de recouvrement des coûts aient recours aux structures sanitaires lorsqu'ils sont malades que les ménages de l'arrondissement contrôle où les services sont gratuits. Lorsque l'on stratifie les données, le quartile le plus pauvre— les enfants, les personnes âgées et les femmes— a montré une plus forte inclinaison à rechercher des soins en cas de maladie dans les arrondissements à recouvrement des coûts que dans l'arrondissement contrôle. Lorsque l'on compare les deux arrondissements à recouvrement des coûts, il est clair que davantage de ménages de l'arrondissement à financement social, Boboye, ont eu recours aux structures sanitaires que de ménages de l'arrondissement où l'on payait par épisode de maladie, Say.

Volonté de payer les améliorations

Les résultats concernant l'utilisation des services de soins de santé dans les arrondissements à recouvrement des coûts indiquent une volonté et une capacité de payer les améliorations de la qualité. En incluant des questions dans la deuxième enquête auprès des ménages qui nous ont aidés à analyser les préférences indiquées par les individus sur la volonté de payer, nous avons constaté que :

- ▲ La grande majorité des personnes interrogées préfèrent le recouvrement des coûts et les interventions d'amélioration de la qualité au système de prestation de santé antérieur.
- ▲ Les gens sont prêts à payer les améliorations de la qualité, particulièrement la disponibilité accrue des médicaments. Ceci est manifeste dans les réponses aux questions sur la volonté de payer les améliorations et la volonté de payer davantage qu'actuellement pour obtenir des améliorations. Ce résultat est le même pour tous les groupes de revenu quel que soit le sexe ou la distance à parcourir pour atteindre les structures publiques.

Méthode de financement préférée

En ce qui concerne la préférence de mécanisme de paiement, on a constaté que :

- ▲ La plupart des personnes interrogées dans les deux arrondissements pilotes préfèrent la méthode de financement social plutôt que celle de paiement par épisode de maladie. Cette constatation est valable pour tous les groupes quel que soit le revenu, le sexe ou la distance à parcourir jusqu'à la structure sanitaire.
- ▲ Les deux principales raisons données pour le choix de la méthode de paiement par le financement social étaient que son coût est inférieur et qu'elle est plus facile à financer. En d'autres termes, mettre les risques en commun est plus attrayant que s'assurer soi-même.

En se basant sur les constatations résumées ici et dans le corps du texte, il est clair que la méthode de paiements par le financement social a eu de meilleurs résultats que celle du paiement par épisode de maladie et que ces deux méthodes de recouvrement des coûts ont eu de meilleurs résultats que l'option de non-recouvrement des coûts représentée par l'arrondissement contrôle. Dans l'arrondissement au financement social, on a constaté que la recherche de soins aussi bien préventifs que curatifs était plus élevée que dans les deux autres arrondissements, et la grande majorité des personnes interrogées dans les deux arrondissements de recouvrement des coûts (Boboye et Say) ont déclaré préférer la méthode de financement social à la méthode de paiement par épisode.

1.0 INTRODUCTION

1.1 HISTORIQUE

Le gouvernement du Niger a mis en oeuvre un projet pilote de recouvrement des coûts dans son secteur non hospitalier dans les arrondissements de Boboye et Say. Ce projet était conçu pour mettre à l'essai deux types de méthode de paiement, ainsi que des interventions d'amélioration de la qualité des soins. Dans l'arrondissement de Boboye, la méthode de recouvrement des coûts consistait en un paiement indirect sous forme de taxe perçue de tous les adultes, ainsi que d'un paiement forfaitaire par survenue de maladie. Une autre méthode, celle de l'arrondissement de Say, utilisait le paiement direct à tarif fixe par survenue de maladie. Un troisième arrondissement, Illéla, a servi de contrôle : la qualité des soins n'y a pas été améliorée et on n'y a pas instauré de méthode de recouvrement des coûts.

Trois interventions d'amélioration de la qualité des soins ont également eu lieu en plus de l'introduction du recouvrement des coûts. La première a été la formation des cadres sanitaires dans les installations du Ministère de la santé à Boboye et à Say, aux protocoles de diagnostic et de traitement. La deuxième intervention a consisté en un apport de produits pharmaceutiques distribués aux formations sanitaires concernées par le projet pilote et financé par un don de la Banque mondiale. La troisième intervention était une amélioration du système informatisé de gestion pour la comptabilité.

Les objectifs de ces tests pilotes étaient d'aider les autorités nigériennes à prendre des décisions sur le type de système de recouvrement des coûts à mettre en oeuvre dans l'ensemble du pays. Les domaines intéressant les autorités étaient les suivants :

- ▲ Création de revenus;
- ▲ Qualité des soins;
- ▲ Accessibilité financière ou équité d'accès; et
- ▲ Coûts et contraintes de gestion.

Pour répondre à certaines questions sur ces domaines d'intérêt, on a réalisé plusieurs campagnes de collecte de données. Une enquête de base auprès des ménages a été menée six mois avant l'introduction du recouvrement des coûts¹. Cette enquête couvrait Boboye, Say et Illéla. La collecte des données sur les structures sanitaires a eu lieu deux fois par mois après le lancement du recouvrement des coûts. Une enquête de suivi auprès des ménages a été menée six mois après le début du recouvrement des coûts et couvrait les mêmes arrondissements. Enfin, certaines données sur la qualité des soins et les perceptions de la qualité des soins ont été recueillies dans ces structures.

Le présent rapport est axé sur le troisième domaine d'intérêt pour les autorités - l'accessibilité financière ou équité d'accès. Les données provenant des deux enquêtes auprès des ménages servent à analyser les modifications du comportement en matière de recherche de soins de santé avant et après les interventions de recouvrement des coûts et à analyser les différences entre arrondissements. Un autre domaine analysé est la volonté et la capacité des populations de payer les améliorations de la qualité dans les structures sanitaires publiques et la méthode de paiement préférée. Les données fournies par les ménages seront analysées par sous-groupes de population pour étudier les effets du recouvrement des coûts sur les groupes vulnérables.

¹ On trouvera à la section 2.2 une description des questionnaires posés aux ménages.

Il existe d'autres rapports sur les tests pilotes au Niger concernant les autres domaines d'intérêt pour les autorités, notamment :

- ▲ «Rapport semestriel sur les performances du recouvrement des coûts, arrondissements de Boboye et de Say, mai à octobre 1993», préparé par François Diop, Midou Kailou et Ousmane Oumarou.
- ▲ «Performance du recouvrement des coûts, arrondissements de Boboye et de Say, mai 1993-février 1994», préparé par François Diop, Midou Kailou et Ousmane Oumarou.
- ▲ «Schémas d'utilisation des soins de santé, analyses comparatives», préparé par François Diop.
- ▲ «Cost Recovery and Improved Drug Availability: Implications for Total Patient Treatment Costs» (Recouvrement des coûts et amélioration de la disponibilité des médicaments : Implications pour le coût global du traitement des patients) par Annemarie Wouters et Anthony Kouzis.
- ▲ «Econometric Analysis of Demand for Outpatient Care in Niger» (Analyse économétrique de la demande de soins non hospitaliers au Niger) par Randall Ellis et Mukesh Chawla.

1.2 DESCRIPTION DES METHODES DE PAIEMENT

La méthode de paiement indirect utilisée à Boboye est une combinaison de taxe et de paiement forfaitaire par survenue de maladie. Une taxe annuelle de 200 Francs CFA a été perçue de chaque adulte de l'arrondissement (le montant de la taxe était égal à 78 cents américains avant la dévaluation et à 36 après). Les individus se rendant aux structures sanitaires pour traitement devaient payer 50 francs CFA (20 centimes américains avant la dévaluation et 9 après) par survenue de maladie pour les adultes et les enfants de plus de cinq ans, et 25 francs CFA (10 cents américains avant la dévaluation et 4 après) par survenue de maladie pour les enfants de cinq ans et au-dessous.

La méthode du paiement direct utilisée dans l'arrondissement de Say est un paiement par épisode de maladie sans taxe préalable. Le tarif des adultes et des enfants de plus de 5 ans est de 200 francs CFA par survenue, et pour les enfants de 5 ans et au-dessous, de 50 francs CFA par survenue. Ces paiements directs ou indirects s'entendent par épisode de maladie et non par service ou visite. La raison d'être de cette méthode de paiement est d'encourager les visites de retour.

1.3 OBJECTIF ET CHAMP DE L'ETUDE

Comme indiqué dans la section 1.1, ce rapport analyse les questions d'équité et d'accessibilité financière soulevées par l'introduction du financement social et du recouvrement des coûts payé par épisode de maladie, associé à des interventions d'amélioration de la qualité. Avec l'introduction du recouvrement des coûts dans un système public, il faut poser d'importantes questions concernant les effets sur l'état de santé de la population. La plus importante est de savoir si ce type d'intervention freine le recours aux soins médicaux pour les populations vulnérables et marginalisées.

Tout effort visant à accroître la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé au moyen de paiements des usagers afin d'améliorer la pérennité court le risque de faire décroître la demande de soins de santé en relevant le prix payé pour les services. Cette diminution de la demande se concentrera principalement chez les groupes les plus pauvres, ce qui risque d'entraîner une détérioration de la santé de la population. Il est important par conséquent de suivre le comportement en matière de soins de santé de tous les groupes de

population. C'est dans ce sens que l'on parle d'équité dans ce rapport, l'équité d'emploi des services de santé ou des bénéfices reçus.

D'autres aspects des interventions de Boboye et de Saye sont les améliorations de la qualité des soins, particulièrement l'amélioration de la disponibilité des médicaments et de la formation donnée au personnel des structures sanitaires publiques. Il est important d'évaluer l'impact de ces améliorations de la qualité des soins sur la demande de soins de santé par tous les sous-groupes de population. Une question intéressante est de savoir si les améliorations de la qualité des soins produisent une augmentation de la demande de services qui est plus importante que la diminution de la demande due à la hausse des prix.

Une question liée à l'impact de l'amélioration de la qualité est la volonté et la capacité de la population de payer l'approvisionnement en médicaments. Les gens s'intéressent-ils aux améliorations de la qualité qui ont résulté de ces tests pilotes? Sont-ils disposés à payer pour ces améliorations? Choisiraient-ils de payer s'ils n'y étaient pas obligés? Les couches les plus pauvres de la population sont-elles capables de payer? Il s'agit là de questions importantes auxquelles il faut trouver une réponse si l'on souhaite généraliser la méthode du recouvrement des coûts.

La méthode de collecte des paiements pour les améliorations de la qualité des soins est une autre question explorée par ces tests pilotes. La section 1.2 a décrit deux méthodes différentes de paiement utilisées au Niger. Il est important de trouver les avantages et les inconvénients de chaque méthode aussi bien en théorie qu'en pratique. En plus des différences dans les coûts de génération de revenus et des différences de coûts et de contraintes de gestion dont traitent d'autres rapports de HFS, les questions liées aux divers effets sur la demande et l'utilisation doivent être analysées. Comme la qualité des interventions de soins est similaire dans les deux arrondissements, il est possible d'évaluer les changements de comportement dus aux méthodes de paiement et par groupe de population.

Une question liée aux deux méthodes de paiement est la préférence des populations entre les deux. Le fardeau financier est différent pour chaque méthode. La méthode indirecte offre un système d'assurance alors que la méthode directe permet davantage de choix. La population de chacun des arrondissements connaît un des systèmes mais ne connaît pas les deux. Si elle avait le choix, laquelle des deux méthodes choisirait la majorité de la population? Pourquoi? Ce choix est-il différent selon l'arrondissement et dans quelle mesure? Est-il différent aussi selon le groupe de revenu ou la distance jusqu'à la formation sanitaire?

C'est à ces questions qu'essaiera de répondre ce rapport. Nous utilisons un ensemble de données unique et riche pour répondre aux questions sur le comportement et les préférences des ménages. On trouvera dans la section 2.2 une brève description des données.

1.4 ORGANISATION DU RAPPORT

La section qui suit concerne les questions de recherche et de données. Nous présentons tout d'abord un résumé des implications théoriques des méthodes de financement social tiré du rapport sur la première phase du projet HFS. Une description de l'ensemble des données utilisées ici suit, s'attachant à la nature unique des données et à la richesse de l'information. La troisième sous-section décrit la méthodologie et les questions de recherche.

La section 3.0 présente les principales conclusions de ce rapport. La première sous-section couvre les différences dans le temps et par arrondissement du comportement des personnes recherchant des soins de santé. La deuxième sous-section décrit les constatations concernant le choix des individus et des ménages, et la volonté et la capacité de payer. Un résumé et les enseignements de ces projets pilotes sont présentés dans la section 4.0.

2.0 QUESTIONS SUR LA RECHERCHE ET LES DONNEES

2.1 IMPLICATIONS DES SYSTEMES DE FINANCEMENT SOCIAL

Cette section résume certaines des constatations du rapport de HFS à prendre en considération sur la première phase de financement social². L'une des principales raisons d'être des systèmes de financement social est la mobilisation des ressources. Ceci en fait une option attrayante pour les pays en développement parce que, depuis toujours, les ressources venant des recettes générales sont insuffisantes. En raison de ce manque de ressources, les structures publiques, particulièrement en milieu rural, n'ont généralement pas assez de médicaments et de fournitures étant donné que l'on favorise les villes.

Le financement social est une méthode de mobilisation des ressources qui peut aider à soulager les pressions financières sur le secteur public. Le recouvrement direct des coûts est une autre méthode. L'option de financement social a certains avantages et inconvénients qui sont bien expliqués dans la théorie économique mais qui n'ont pas été testés suffisamment par des méthodes empiriques ou expérimentales.

L'efficacité et l'équité sont deux domaines de préoccupation. Les systèmes d'assurance-maladie ont généralement tendance à créer des distorsions de l'efficacité en raison de l'asymétrie de l'information passant entre les assurés, les assureurs et les prestataires. Cette asymétrie de l'information peut mener à un dysfonctionnement du marché ou à des distorsions telles que sélection perverse, risque moral, et/ou coûts administratifs élevés. Sélection perverse signifie que les individus à risque élevé choisiront de s'assurer parce qu'ils savent qu'ils vont utiliser le système. Ceci risque d'accroître le coût et de chasser les individus en meilleure santé. Dans le cadre du financement social obligatoire, la sélection perverse n'est pas un problème puisqu'on n'a pas le choix de s'assurer, et que par conséquent, le risque est étalé sur tous les individus. Le risque moral concerne la surutilisation des ressources résultant du coût marginal plus faible de la recherche de soins grâce à l'assurance.

On peut aborder la question de l'équité en termes de génération de ressources et de bénéfices reçus. Le niveau d'inégalité dépend généralement du type de système d'assurance utilisé. La plupart des formules de financement sont de nature régressive parce que les pauvres finissent par payer une portion plus importante de leurs revenus que les riches. Un impôt forfaitaire est plus régressif qu'un impôt basé sur le niveau de revenu.

L'inéquité des avantages ne vient pas en général des dispositions du système d'assurance étant donné que dans la plupart des systèmes, ce sont les besoins qui déterminent les prestations. Des facteurs autres que le système lui-même peuvent par contre avoir un effet sur l'utilisation et par conséquent sur l'équité. L'un de ces facteurs est l'emplacement géographique. La proximité de services de soins de santé est un déterminant de l'usage et par conséquent des avantages. Parmi les autres facteurs, on peut citer des variables comme l'éducation et la culture.

Ce rapport utilise les deux enquêtes auprès des ménages pour évaluer les effets des régimes de financement social et de recouvrement direct des coûts sur le comportement de recherche de soins de santé selon les groupes socio-économiques et pour examiner l'efficacité et l'équité au travers des choix réalisés et des préférences révélées.

² Gérard M., La Forgia, Charles C. Griffin, et Randall R. Bovbjerg, «Extending Coverage and Benefits of Social Financing Systems in Developing Countries, Phase I» (Élargir la couverture et les prestations des systèmes de financement social dans les pays en développement, Phase I).

2.2 DONNEES

Plusieurs campagnes de collecte de données ont été entreprises pour évaluer le projet-pilote. Le **Tableau 2-1** présente une liste chronologique des interventions et des campagnes de collecte de données. L'enquête de base auprès des ménages a été menée plus de six mois avant l'introduction du recouvrement des coûts et la distribution de fournitures pharmaceutiques. L'enquête de suivi a été menée six mois après les interventions.

TABLEAU 2-1 CHRONOLOGIE DES ACTIVITES REALISEES AU NIGER (Les zones ombrées indiquent que les activités ont été achevées dans les arrondissements concernés)				
ACTIVITES	DATES APPROXIMATIVES	BOBOYE (taxe plus paiement forfaitaire)	SAY (Paiement par épisode)	ILLELA (Contrôle)
Perception de la taxe	Début 1991			
Mise en place des systèmes intégrés de gestion	Juin - Déc. 1992			
Formation aux protocoles de diagnostic et de traitement	Juin - Déc. 1992			
Collecte des données dans les structures sanitaires	Oct. 1992 - Fév. 1994			
Enquête de base auprès des ménages	Oct. - Nov. 1993			
Distribution des médicaments et introduction du recouvrement des coûts	Mai 1993			
Enquête de suivi auprès des ménages	Oct.- Nov. 1993			

Les deux enquêtes auprès des ménages couvraient les mêmes régions dans les trois arrondissements concernés— les deux arrondissements pilotes et l'arrondissement contrôle. La première enquête portait sur un échantillon de 14.410 individus de 1.825 ménages dans 102 grappes géographiques. La seconde enquête auprès des ménages avait 13.049 individus venant de 1.834 ménages et le même nombre de grappes. Le **Tableau 2-2** donne la ventilation par arrondissement.

Les deux enquêtes auprès des ménages comprenaient des modules sur la situation socio-économique, les dépenses des ménages et leurs revenus³, les soins curatifs dans une période de rappel de deux semaines et les soins préventifs. Un module sur la volonté et la capacité de payer les améliorations de la qualité a été ajouté à l'enquête de suivi. On a également posé des questions sur la préférence entre les deux systèmes dans le module sur la volonté et la capacité de payer.

³ Les dépenses par habitant sont utilisées comme variable de substitution du revenu dans tout ce rapport.

TABLEAU 2-2 INFORMATION SUR L'ECHANTILLON								
	ENQUETE DE BASE				ENQUETE DE SUIVI			
	SAY	BOB.	ILL.	Total	SAY	BOB.	ILL.	Total
Nombre de grappes	34	34	34	102	34	34	34	102
Nombre de ménages	605	611	609	1,825	612	612	612	1,834
Nombre d'individus	4,723	5,571	4,116	14,410	4,221	4,848	3,980	13,049

2.3 RECHERCHE ET METHODOLOGIE

2.3.1 Questions sur la recherche

Les questions examinées dans ce rapport peuvent être regroupées en deux catégories : comparaison d'un arrondissement à l'autre et au fil du temps, et préférences exprimées. Dans la première catégorie, on a étudié les questions de changement de l'état de santé et du comportement de recherche de soins de santé en comparant les résultats et le comportement des sous-groupes de population tout en contrôlant les facteurs socio-économiques observés.

Une mesure importante de l'effet des interventions est le comportement de recherche de soins de santé. Pour mettre à l'épreuve l'efficacité des interventions, on a pris comme hypothèse que les tests pilotes étaient conçus pour attirer les populations vers les structures sanitaires publiques en cas de maladie. Des modèles économétriques ont été estimés pour mesurer les changements selon les méthodes de paiement et les arrondissements et au fil du temps tout en contrôlant les variables socio-économiques. Les données ont été stratifiées par sexe, âge, groupe de revenus et distance jusqu'à la structure sanitaire publique. En estimant les modèles avec des données stratifiées, on a pu calculer dans quelle mesure les tests pilotes répondaient aux besoins des groupes de population les plus nécessiteux.

La deuxième catégorie de questions étudiées dans ce rapport est la préférence exprimée par les populations des deux arrondissements pilotes, Boboye et Say. L'enquête de suivi comprenait des modules sur la volonté de payer les améliorations de la qualité et sur les préférences quant aux méthodes de paiement. Les personnes interrogées ont répondu à des questions sur la volonté de payer dans le cadre du système de recouvrement des coûts actuel ainsi que sur la volonté de payer davantage si les tarifs actuels étaient insuffisants pour financer le système. L'analyse des réponses données par les groupes de population montre la demande de soins de santé et la valeur attachée aux soins de santé selon les divers groupes de population.

Il est intéressant également d'étudier les préférences de la population et des groupes marginalisés qu'elle comprend sur la meilleure façon de financer les améliorations de la qualité et de recouvrer les coûts. Le choix d'une méthode de paiement plutôt qu'une autre montre la demande de systèmes de financement social dans les zones rurales et parmi les couches les plus pauvres de la population. Nous avons également analysé les raisons données pour ces choix.

2.3.2 Méthodologie

Pour analyser les diverses questions décrites dans la section précédente, nous nous sommes servis d'outils descriptifs et économétriques. Les données sur les ménages ont permis de comparer les résultats et les préférences par arrondissement, méthodes de paiement et au fil du temps. Les variables dépendantes ont été analysées pour les sous-groupes d'intérêt de la population puis nous avons calculé des modèles économétriques avec des structures d'erreur appropriées pour contrôler les variables socio-économiques explicatives.

Les caractéristiques socio-économiques et autres variables explicatives ont servi de deux façons dans ce rapport. Tout d'abord, elles ont été utilisées comme contrôle dans les modèles applicables aux deux arrondissements pour assurer que les différences des variables importantes sont dues aux changements de la politique et non pas à l'hétérogénéité des échantillons. Les variables explicatives ont également servi à stratifier l'échantillon (par sexe, âge, distance de la structure sanitaire et revenu). Dans les modèles d'échantillons stratifiés, les autres variables explicatives ont servi de contrôle.

Trois types de modèle ont été utilisés dans l'analyse économétrique : la méthode ordinaire des moindres carrés (OLS), la variable dépendante discrète (logit), et la variable dépendante tronquée (tobit). Le choix du modèle économétrique dépend de la structure de la variable dépendante. Si les variables dépendantes étaient discrètes, on a utilisé des modèles logit. On a calculé les modèles tobit et OLS pour les mêmes variables dépendantes mais pour des échantillons de tailles différentes⁴.

⁴ La section 3.2.3 présente une explication de l'emploi des modèles tobit et OLS.

TABLEAU 2-3
MODELES ECONOMIQUES

MODÈLE	VARIABLE DEPENDANTE	SITE
Logit	Probabilité de rechercher des soins dans une structure sanitaire publique en cas de maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-2 (résumé) • Tableau A-1 (résultats)
	Probabilité d'avoir une visite de contrôle prénatale	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-3 (résumé) • Tableau A-2 (résultats)
	Volonté de payer dans les structures sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-10 (résumé) • Tableau A-35 (résultats)
	Volonté de payer davantage dans les structures sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-20 (résumé) • Tableau A-36 (résultats)
	Volonté de payer davantage sous forme de taxe	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-25 (résumé) • Tableau A-39 (résultats)
	Choix de la méthode de paiement	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-37 (résumé) • Tableau A-42 (résultats)
OLS	Montant que les gens sont prêts à payer dans une structure sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-21 (résumé) • Tableau A-37 (résultats)
	Montant que les gens sont prêts à payer sous forme de taxe	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-26 (résumé) • Tableau A-40 (résultats)
Tobit	Montant que les gens sont prêts à payer dans une structure sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-22 (résumé) • Tableau A-38 (résultats)
	Montant que les gens sont prêts à payer sous forme de taxe	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau 3-27 (résumé) • Tableau A-41 (résultats)

3.0 CONSTATATIONS

D'après le plan exposé à la section 2.3.1, nous présentons les constatations en deux groupes : le premier concerne les changements du comportement de recherche des soins de santé au fil du temps et selon les méthodes de paiement et les arrondissements; le deuxième porte sur la volonté et la capacité de payer et les préférences en matière de méthodes de paiement.

3.1 COMPORTEMENT DE RECHERCHE DE SOINS DE SANTE

RESUME DES CONSTATATIONS

- ▲ Le pourcentage de personnes interrogées ayant déclaré avoir été malades ou s'être blessées au cours des deux semaines précédant l'interview et qui ont recherché des soins dans les structures sanitaires publiques a augmenté dans l'arrondissement où était mis en place le financement social (Boboye) après intervention, n'a pas changé dans l'arrondissement où l'on faisait payer par épisode de maladie (Say) et a diminué dans l'arrondissement contrôle (Illéla).
 - ▲ Après contrôle des variables socio-économiques et de la distance des communautés des structures sanitaires publiques, l'arrondissement où l'on a mis en place le financement social avait le pourcentage le plus élevé de malades venant se faire soigner dans des structures sanitaires publiques après l'intervention; l'arrondissement qui faisait payer par épisode de maladie venait en deuxième place.
 - ▲ Le pourcentage de malades venant se faire soigner dans des structures sanitaires publiques dans l'arrondissement de Boboye a augmenté pour les hommes, les enfants de moins de 15 ans, les personnes âgées et le quartile de revenus le plus élevé mais n'a pas changé pour les femmes ni en raison de la distance jusqu'à la structure sanitaire publique, ni pour le quartile le plus pauvre. L'utilisation n'a pas changé pour Say et a diminué dans l'arrondissement d'Illéla pour les femmes, les personnes âgées, les communautés situées à moins d'une heure de marche de la structure la plus proche ainsi que pour le quartier le plus pauvre et le quartier le plus riche.
 - ▲ Le pourcentage de femmes enceintes inscrites dans un programme de contrôle prénatal a augmenté dans l'arrondissement où l'on a mis en place le financement social mais n'a pas changé dans les deux autres arrondissements.
-

Le principal objectif de toute politique du secteur de la santé est l'amélioration de l'état de santé de la population. On ne peut s'attendre de façon raisonnable qu'une expérience de six mois de recouvrement des coûts et d'amélioration de la qualité des prestations de services ait un effet mesurable sur l'état de santé. Une mesure plus réaliste des effets du changement des méthodes de financement et de l'amélioration de la qualité à court terme est d'examiner les modifications du comportement de recherche de soins de santé.

Lorsque l'on compare les changements de ce comportement dans les trois arrondissements, on peut identifier les effets des changements par rapport au système. Lorsque l'on compare les changements du comportement de recherche de soins de santé entre Say et Boboye, on constate les effets des différentes méthodes de paiement sur l'amélioration de la qualité de la prestation des services. Enfin, lorsque l'on compare les changements de comportement de recherche de soins entre Boboye et Illéla, et entre Say et Illéla, on constate les effets du recouvrement des coûts et des améliorations de la qualité sur le comportement.

L'examen du comportement de recherche de soins de santé par divers groupes socio-économiques avant et après les changements, nous a permis d'analyser les implications des méthodes de paiement pour l'équité. Particulièrement intéressants sont les changements de ce comportement par groupe de revenu, sexe, niveau d'éducation, âge et groupes d'âge, taille de la famille et situation matrimoniale. On peut définir l'équité de différentes manières. Ce rapport examine les principes d'équité en ce qui concerne l'emploi des structures sanitaires par différents groupes (sexe, âge, groupe de revenus et distance des structures sanitaires).

Les personnes interrogées qui ont indiqué avoir été malades au cours des deux semaines précédant l'interview ont dû répondre à une série de questions concernant les mesures qu'elles ont prises pour se faire soigner. On leur a tout d'abord demandé si elles avaient essayé de se faire soigner. Ensuite, on leur a demandé si elles avaient choisi de se faire soigner à domicile ou à l'extérieur. À celles qui ont indiqué qu'elles avaient choisi de se faire soigner à l'extérieur, on a demandé si elles avaient tout simplement acheté des médicaments dans une pharmacie ou s'étaient rendues dans une structure sanitaire.

Le pourcentage de personnes interrogées recherchant n'importe quel type de traitement en cas de maladie ou de blessure (**Tableau 3-1** et **Graphique 3-1**) dans les trois arrondissements montre de modestes augmentations⁵. Les traitements à domicile ont légèrement diminué pour les personnes interrogées des arrondissements de Boboye et Saye alors qu'ils ont légèrement augmenté pour d'Illéla. Le pourcentage de personnes achetant des médicaments pour se soigner n'a pas changé à Illéla ni augmenté à Boboye et Say. Il n'est pas clair, cependant, si les personnes interrogées ont distingué entre le paiement qu'elles font actuellement dans les structures sanitaires publiques et l'achat de médicaments au marché. Enfin, le pourcentage des personnes interrogées malades qui se sont fait soigner dans une structure sanitaire publique est passé de 15 % à 19 % à Boboye et est tombé de 13 à 12 % à Saye, et de 10 à 7 % à Illéla.

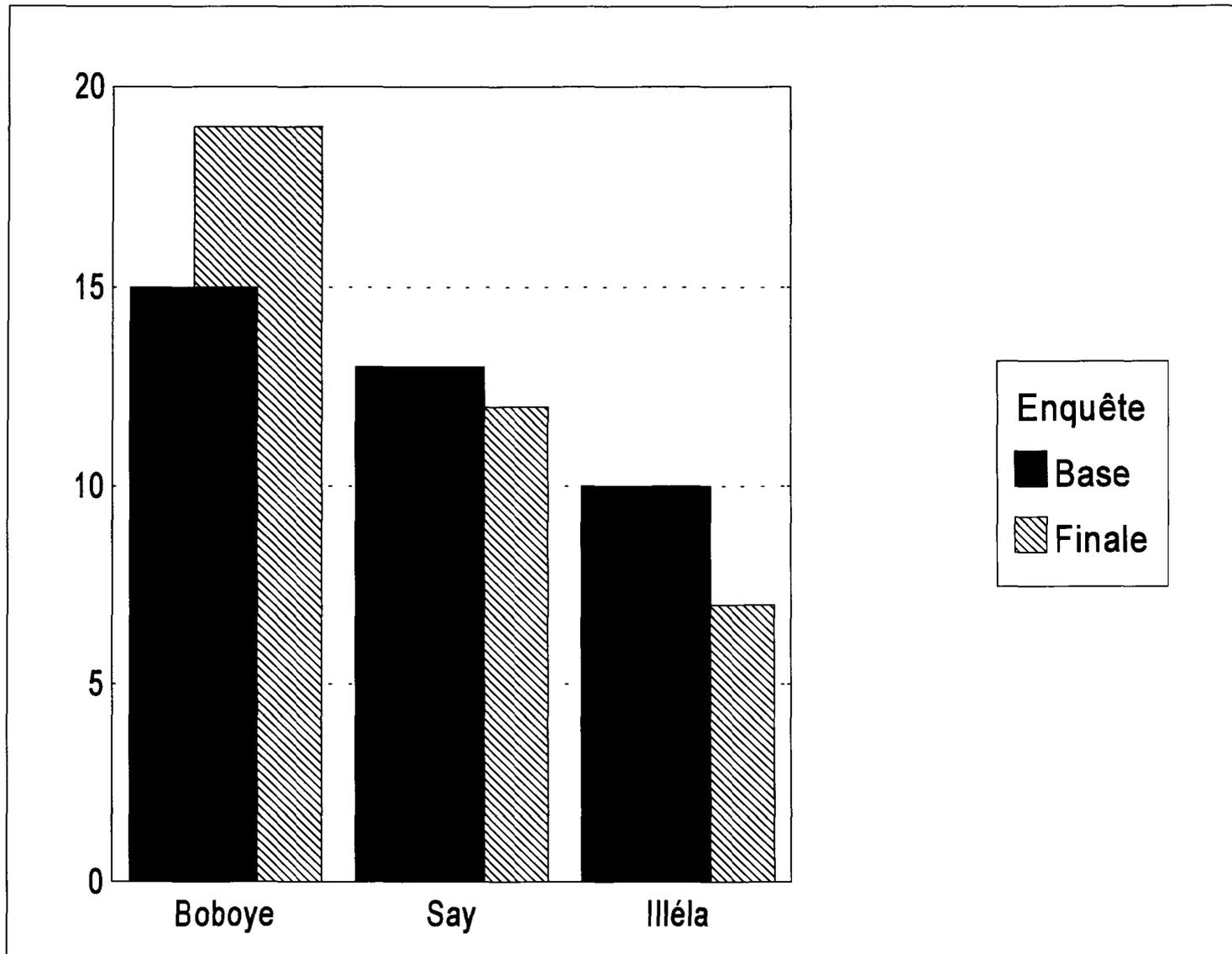
Pour s'assurer que les changements du comportement de recherche de soins de santé sont dus aux interventions dans les deux arrondissements de recouvrement des coûts et non pas aux caractéristiques socio-économiques des échantillons dans les enquêtes de base et de suivi, on a calculé un certain nombre de modèles de régression pour contrôler les variables socio-économiques et de distance jusqu'aux structures sanitaires. La variable dépendante était la probabilité de rechercher un traitement dans une structure sanitaire publique.

⁵ Diop (1994) analyse les choix et les alternatives du comportement de recherche de soins de santé dans les trois arrondissements de cette étude. Il a constaté qu'il existait des possibilités de remplacement limitées dans le secteur privé et émet l'hypothèse que le faible niveau d'utilisation des structures sanitaires publiques est peut-être dû au fait que le système public ne fournit pas de soins de santé de bonne qualité.

Tableau 3-1 RECHERCHE DE TRAITEMENT POUR LES MALADIES (POURCENTAGES)						
	BOBOYE		SAY		ILLÉLA	
	Base	Suivi	Base	Suivi	Base	Suivi
Recherche de traitement	80	83	59	61	55	57
N'a pas recherché de traitement	20	17	61	39	45	43
A été soigné à la maison	4	3	12	10	4	5
N'a pas été soigné à la maison	96	97	88	90	96	95
A acheté des médicaments pour se soigner	42	55	32	44	34	34
N'a pas acheté de médicaments pour se soigner	58	45	68	56	66	66

Lorsque l'on a contrôlé les variables socio-économiques et de distance jusqu'à la structure sanitaire, on n'a constaté, dans l'enquête de base, aucune différence statistiquement importante entre les arrondissements dans la probabilité de rechercher des soins de santé dans une structure publique en cas de maladie. Après les interventions de recouvrement des coûts et d'amélioration de la qualité, il était plus probable que les personnes interrogées de Boboye recherchent des soins de santé dans une structure sanitaire publique que celles de Say; et celles de Say que celles d'Illéla. Les classements du suivi sont statistiquement importants. D'autres variables qui ont des effets statistiquement importants sur le comportement sont l'âge, la situation matrimoniale, le groupe ethnique, la distance jusqu'à la structure sanitaire la plus proche et le niveau d'éducation.

Si l'on considère les changements du comportement de recherche de soins de santé au fil du temps dans chaque arrondissement séparément, on constate qu'il y a une augmentation statistiquement importante de l'utilisation des structures publiques chez les malades à Boboye même lorsque l'on contrôle pour les autres déterminants du comportement. Les personnes interrogées d'Illéla avaient moins de chance de s'adresser à des structures publiques lorsqu'elles étaient malades, et il n'y a pas eu de changements statistiquement importants de comportement à Say. D'autres variables explicatives ayant des coefficients statistiquement importants étaient l'âge, la situation matrimoniale, le groupe ethnique, le revenu, la distance jusqu'à la structure la plus proche, et l'éducation. La distance est la seule variable qui ait de l'importance dans tous les modèles.



Graphique 3-1 Recherche de traitement en cas de maladie déclaré dans les structures sanitaires publiques

L'étape suivante est d'analyser les changements du comportement de recherche et de traitement par sous-groupes de population pour comprendre les effets des interventions sur les groupes vulnérables. La stratification s'est faite par sexe, groupe d'âge, distance jusqu'à la structure sanitaire et quartile de revenus. Les résultats sont résumés dans le **Tableau 3-1** et sont basés sur les régressions présentées dans les **Tableaux A-1 à A-22**.

En commençant par les résultats pour les hommes et pour les femmes séparément, il n'existe pas de classement statistiquement important d'un arrondissement à l'autre en ce qui concerne la probabilité de s'adresser à une structure sanitaire publique quand on est malade dans l'enquête de base. Dans l'enquête de suivi, un classement important au plan statistique émerge et Boboye arrive au premier rang, Say au deuxième et Illéla au troisième. À Boboye, la probabilité de s'adresser à des structures sanitaires publiques a augmenté pour les hommes et n'a pas augmenté pour les femmes. Aucun changement du comportement de recherche de soins de santé n'était statistiquement important pour les hommes ni pour les femmes à Say, et on a constaté une diminution de la recherche de soins dans les structures sanitaires publiques pour les femmes à Illéla.

On n'a pas constaté de changement évident du comportement de recherche de soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans, ce qui peut être dû à la taille réduite de l'échantillon. Chez les enfants de moins de 15 ans, par contre, Boboye et Say ont interverti leur place dans le classement, la probabilité de rechercher des soins de santé dans une structure publique étant plus élevée à Say avant l'intervention alors qu'elle était plus élevée à Boboye après l'intervention. Illéla était au troisième rang dans les deux enquêtes. Dans les régressions par arrondissement, on a constaté une augmentation de la probabilité de rechercher des soins de santé dans les structures sanitaires publiques à Boboye. Say et Illéla n'ont montré aucun changement statistiquement important. En ce qui concerne les personnes âgées, on a noté une augmentation de la probabilité de rechercher des soins dans les structures sanitaires publiques à Saye et une diminution à Illéla mais pas de changement statistiquement important à Say.

Lorsque l'on stratifie l'ensemble des données selon la distance jusqu'à la structure sanitaire la plus proche, on ne constate de changement statistiquement important que dans un seul arrondissement et pour un groupe de distances. Dans l'arrondissement d'Illéla, les personnes interrogées vivant à moins d'une heure de marche d'une structure publique avaient une probabilité plus faible de rechercher des soins à cette structure dans l'enquête de suivi que dans l'enquête de base. Pour les personnes interrogées vivant à plus de deux heures de marche des structures sanitaires publiques, les classements de l'enquête de base n'indiquaient aucune différence statistiquement importante entre les arrondissements alors que Boboye venait au premier rang, et Say au second dans l'enquête de suivi.

Examinons enfin le comportement de recherche de soins de santé par quartile de revenus. Comparé aux deux autres arrondissements, Boboye vient au premier rang pour la probabilité que les personnes interrogées rechercheront des soins, lorsqu'elles sont malades, dans les structures sanitaires publiques dans l'enquête de suivi. On n'a pas pu établir de classement dans l'enquête de base. Dans les régressions par arrondissement, la probabilité a diminué à Illéla pour les riches comme pour les pauvres. Il n'y a pas de changement statistiquement important à Say mais une augmentation de la probabilité pour le quartile le plus riche à Boboye.

La variable distance mesurée par le temps de marche jusqu'à la structure sanitaire la plus proche avait une importance statistique dans la plupart des modèles de régression indiquant que plus la distance est grande, plus faible est la probabilité de se faire soigner. D'autres variables ayant une importance statistique dans certains des modèles étaient l'âge et le revenu.

Les constatations sur le comportement de recherche de soins indiquent que, même après contrôle pour les variables socio-économiques et autres, il était plus probable que les personnes interrogées de Boboye recherchent des soins dans les structures publiques après les interventions de recouvrement des coûts et d'amélioration de la qualité. On a constaté par ailleurs qu'il n'y a pas eu de modification décisive du comportement à Say après les interventions. Dans l'arrondissement contrôle, Illéla, on a remarqué une diminution de l'emploi des structures publiques au fil du temps. Si l'on considère les groupes vulnérables, il est clair que pour la plupart des groupes, la probabilité de rechercher des soins dans les structures publiques après l'intervention est la plus élevée à Boboye et la plus faible à Illéla.

Les constatations de ce rapport se concentrent sur les résultats des deux enquêtes auprès des ménages. Il est important, néanmoins, de comparer certaines des constatations à celles des données sur les structures sanitaires. Dans le rapport sur l'utilisation des structures sanitaires (Diop, Kailou et Oumarou, 1994) les auteurs confirment un accroissement de l'utilisation des structures sanitaires à Boboye et dans une moindre mesure à Say par rapport à l'arrondissement contrôle d'Illéla.

Le nombre de visites initiales et la continuité du traitement ont clairement augmenté aux postes de santé dans les arrondissements concernés par les tests.

Un autres aspect du comportement de recherche de soins de santé concerne les soins préventifs. Les deux enquêtes auprès des ménages comprenaient un module de soins préventifs concernant les femmes enceintes pendant l'année précédant chaque enquête. On leur a demandé si elles étaient inscrites dans un programme de visite de contrôle prénatal pendant leur grossesse. Cette variable sert de variable de remplacement pour le comportement de recherche de soins de santé préventifs. Il est important de noter qu'aucun paiement n'était demandé pour les services préventifs pilotes. En étudiant les changements du comportement en matière de soins préventifs, on peut tester si imposer des plans de recouvrement des coûts pour les consultations externes de soins curatifs a eu un effet sur la recherche de soins préventifs.

Le pourcentage de femmes enceintes inscrites dans un programme de contrôle prénatal a augmenté à Boboye mais n'a guère changé à Say et Illéla (*Graphique 3-2*). En suivant la même méthode que celle utilisée dans les sections sur l'état de santé et la recherche de soins curatifs, on a estimé des modèles de probabilité de recherche de soins en contrôlant pour les variables socio-économiques et les caractéristiques des structures sanitaires. Des modèles ont été estimés pour l'échantillon tout entier et pour des sous-échantillons de population selon la distance jusqu'à la structure sanitaire et les quartiles de revenu. Les résultats sont résumés dans le *Tableau 3-3* et sont basés sur les régressions présentées dans les *Tableaux A-23 à A-34*.

Tableau 3-2
RECHERCHE DE SOINS CURATIFS DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES
 (Chaque cellule est basée sur un modèle de régression)

	Rang lors de l'enquête de base	Rang lors de l'enquête de suivi	Boboye au fil du temps	Say au fil du temps	Illéla au fil du temps
Toutes les personnes interrogées	1.(BOB.) (SAY) (ILL.)	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	AME.	(amé.)	(DET.)
Hommes interrogés	1.(SAY) (BOB.) (ILL.)	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	AME.	(amé.)	(dét.)
Femmes interrogées	1.(BOB.) (SAY) (ILL.)	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	(amé.)	(dét.)	(DET.)
Age < 5 ans	1. BOB 2.(SAY) (ILL.)	1. BOB 2. SAY 3. ILL.	(amé.)	(amé.)	(dét.)
Age < 15 ans	1. SAY 2. BOB. 3. ILL.	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	AME.	(dét.)	(dét.)
Age > 44 ans	1.(ILL.) (BOB.) (SAY)	1.(BOB.) (ILL.) (SAY)	AME.	(dét.)	DET.
< 1 heure de la structure la plus proche	1.(SAY) (BOB.) (ILL.)	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	(det.)	(dét.)	DET.
> 3 heures de la structure la plus proche	1.(BOB.) (SAY) (ILL.)	1.(BOB.) (SAY) (ILL.)	(dét.)	(dét.)	(dét.)
> 2 heures de la structure la plus proche	1.(SAY) (BOB.) (ILL.)	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	(amé.)	(amé.)	(dét.)
Quartile le plus pauvre	1.(ILL.) (BOB.) (SAY)	1. BOB. 2.(SAY) (ILL.)	(amé.)	(dét.)	DET.
Quartile le plus riche	1.(SAY) (BOB.) (ILL.)	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	AME.	(dét.)	DET.

* AME. signifie une amélioration de la probabilité de rechercher des soins dans une structure publique. DET. représente une détérioration de cette probabilité. Les majuscules indiquent que les résultats sont importants au plan statistique.

Les résultats sur l'échantillon entier montrent que les personnes interrogées à Say ont donné la priorité à la probabilité de s'inscrire dans un programme de contrôle prénatal aussi bien dans les enquêtes de base que de suivi après contrôle des variables socio-économiques et autres. Les personnes interrogées à Boboye ont mis cette possibilité au deuxième rang dans les deux enquêtes. Si l'on examine les modèles par arrondissement, cependant, on ne constate pas de changement statistique au fil du temps dans les probabilités pour les personnes interrogées à Say et à Illéla. Par contre, pour Boboye, on trouve un changement statistiquement important et positif.

Une analyse des modèles des sous-échantillons de population montre des changements dans un sous-échantillon de distance jusqu'à la structure sanitaire et un sous-échantillon de quartile de revenus. Dans les modèles sur la population habitant à plus de deux heures de marche de la structure sanitaire publique la plus proche, les classements ont changé, Boboye passant du deuxième rang dans l'enquête de base au premier dans celle de suivi. Les modèles par arrondissement ont expliqué les changements de classement. Dans ce sous-groupe de distance jusqu'à la structure sanitaire, il n'y a pas eu de changement important au plan statistique dans les arrondissements de Saye et d'Illéla, mais une augmentation de la probabilité à Boboye. On a obtenu les mêmes résultats dans les modèles concernant le quartile de revenu le plus élevé. Une explication possible de l'augmentation des inscriptions dans les programmes prénatals dans l'arrondissement à financement social est que l'augmentation du nombre de personnes recherchant des soins curatifs dans des structures publiques à Boboye peut avoir mené à une augmentation de l'utilisation des soins préventifs étant donné que les individus ont pris conscience des services disponibles et se sont familiarisés avec les installations et les prestataires de soins.

3.2 VOLONTE DE PAYER

L'un des éléments les plus critiques de tout système de recouvrement des coûts est la volonté et la capacité des ménages de payer les améliorations de la qualité des soins. Dans la plupart des cas, la méthode d'évaluation de la volonté de payer est d'analyser le comportement actuel ou passé de recherche de soins de santé et de calculer ou d'estimer une mesure de l'élasticité des prix. Un des points faibles de cette méthode est qu'il est en général difficile d'obtenir de bonnes mesures de la qualité des soins telles que la disponibilité des médicaments.

Une autre méthode utilisée pour évaluer la volonté de payer est la méthode de l'évaluation contingente. Dans la méthode de l'évaluation contingente, on pose des questions hypothétiques sur la volonté de payer une certaine somme d'argent pour une amélioration de la qualité clairement définie. On a critiqué cette méthode parce qu'elle dépend de questions hypothétiques et n'est pas basée sur l'expérience réelle des personnes interrogées.

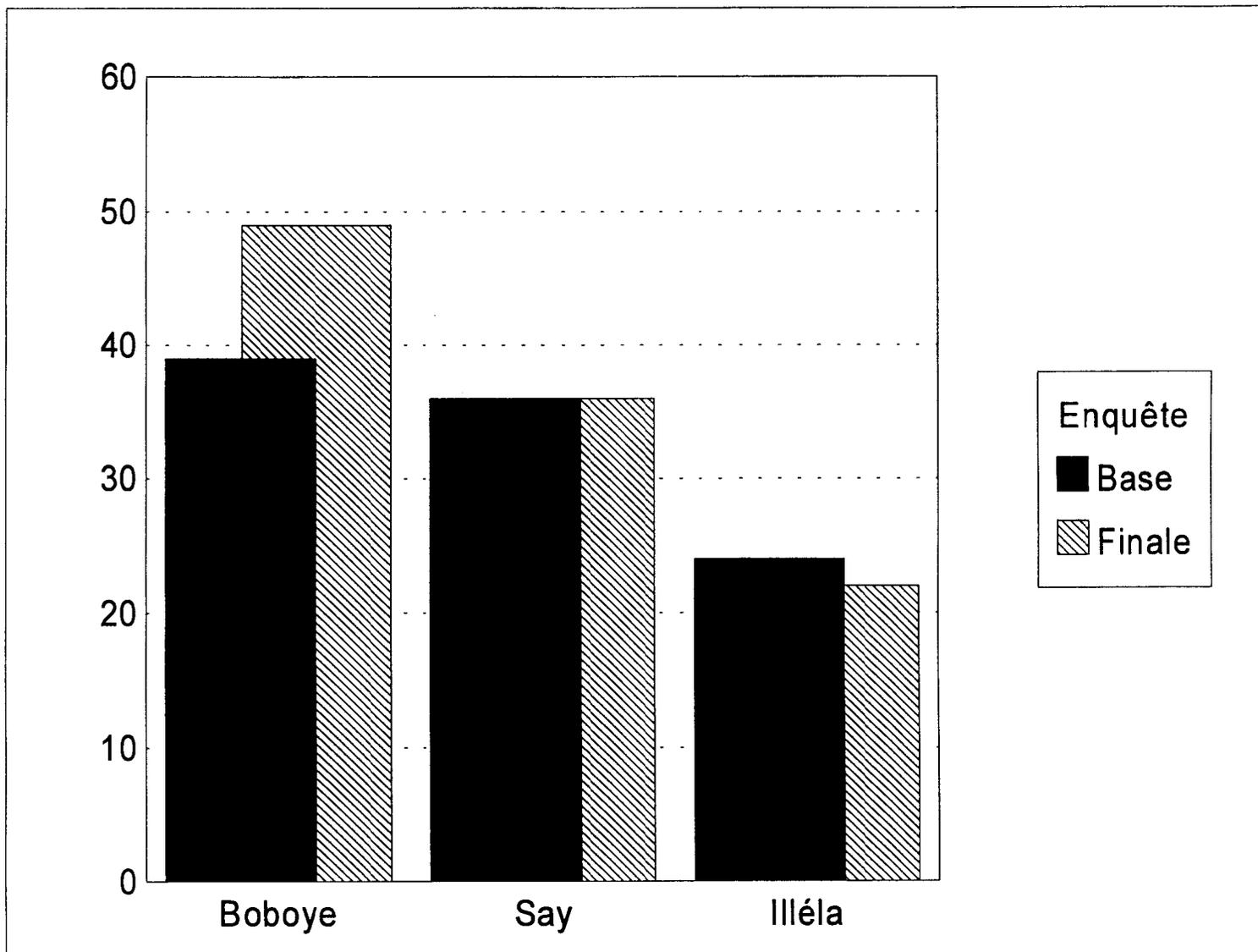
Dans cette section, nous avons utilisé une méthode unique combinant certains éléments de la méthode d'évaluation contingente à des questions basées sur les systèmes actuels de recouvrement des coûts des arrondissements de Boboye et de Say et des améliorations de la qualité qui ont eu lieu six mois avant que l'on ne pose les questions. L'enquête de suivi contenait des questions sur la volonté des personnes interrogées de continuer de payer les améliorations de la disponibilité des médicaments, si elles étaient prêtes à payer davantage pour assurer la disponibilité des médicaments et combien elles étaient prêtes à payer. Comme les méthodes de paiement de Boboye et de Saye sont différentes, on a posé des questions aussi bien sur le paiement à l'acte que sur le paiement annuel. On a posé les mêmes questions à Boboye et à Say :

1. L'argent que paient les malades dans les structures sanitaires sert à acheter des médicaments. Etes-vous d'accord pour payer chaque fois de façon à ce qu'il y ait toujours des médicaments disponibles?

2. Le montant que les malades paient actuellement dans les structures sanitaires n'est pas suffisant pour assurer qu'il y aura toujours des médicaments disponibles. Etes-vous prêts à payer davantage que le tarif actuel pour qu'il y ait toujours des médicaments dans la structure sanitaire?

Tableau 3-3 INSCRIPTION DANS LES PROGRAMMES DE CONTROLE PRENATAL					
	Enquête de base	Enquête de suivi	Boboye au fil du temps	Say au fil du temps	Illéla au fil du temps
Toutes les personnes interrogées	1. SAY 2. BOB. 3. ILL.	1. SAY 2. BOB. 3. ILL.	AME.	(amé.)	(dét.)
< 1 heure de la structure la plus proche	1.(ILL.) (SAY) (BOB.)	1.(SAY) (BOB.) (ILL.)	(dét.)	(dét.)	(dét.)
> 3 heures de la structure la plus proche	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	(amé.)	(amé.)	(amé.)
> 2 heures de la structure la plus proche	1. SAY 2. BOB. 3. ILL.	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	AME	(amé.)	(amé.)
Quartile le plus pauvre	1. BOB. 2.(SAY.) (ILL.)	1.(SAY) (BOB.) (ILL.)	(amé.)	(amé.)	(dét.)
Quartile le plus riche	1. SAY 2. BOB. 3. ILL.	1. BOB. 2. SAY 3. ILL.	AME.	(dét.)	(dét.)

3. [Si la réponse à la question 2 était *oui*, on posait alors la question suivante.] Combien êtes-vous prêt à payer à la structure sanitaire publique pour être sûr qu'il y a toujours des médicaments disponibles.
4. Êtes-vous prêt à payer plus de 200 francs CFA une fois par an pour qu'il y ait toujours des médicaments au dispensaire?
5. [Si la réponse à la question 4 était *non*, on posait alors la question suivante.] Combien êtes-vous prêt à payer par an pour qu'il y ait toujours des médicaments au dispensaire?



Graphique 3-2 Inscription dans les programmes de contrôle prénatal

3.2.1 Montant supplémentaire que les gens sont prêts à payer à chaque visite pour assurer que les médicaments sont disponibles

RESUME DES CONSTATATIONS

- ▲ Quatre-vingt-douze pour cent des personnes interrogées dans l'arrondissement à financement social et 88 pour cent des personnes interrogées dans l'arrondissement à paiement par épisode de maladie ont indiqué leur volonté de payer les soins chaque fois pour s'assurer que les médicaments étaient disponibles.
 - ▲ Il n'existait qu'une faible variation dans la volonté de payer à chaque survenue lorsque les personnes interrogées ont été réparties selon la distance qui les sépare des structures sanitaires, les quartiles de revenus, les groupes ethniques, la taille des ménages, l'éducation ou une maladie récente.
 - ▲ Les hommes et les personnes mariées paieraient plus volontiers à Boboye comme à Say.
-

On a posé la première question (Section 3.2) à toutes les personnes de 15 ans et plus de Boboye et de Say. Quatre-vingt-dix pour cent des personnes interrogées étaient prêtes à payer. Cela peut signifier que les gens n'ont pas envie de revenir au système précédent. Il faut noter, cependant, que la question met comme condition à la réponse la promesse de la disponibilité de médicaments. On aurait obtenu un aval plus fort du nouveau système si la question avait demandé directement si le système actuel était meilleur que le précédent.

Comme la première question concerne le paiement «à chaque fois», il faut s'attendre à ce que les personnes interrogées de Bobois seront plus nombreuses à répondre qu'elles sont prêtes à payer qu'à Say puisque leur paiement par survenue de maladie est un quart du montant payé à Say. À Boboye, 92 pour cent des personnes interrogées ont répondu oui et 88 pour cent de celles de Say aussi. Bien que ces constatations confirment nos prévisions, le large pourcentage des personnes interrogées prêtes à payer à Say est surprenant et indique une forte demande de médicaments et de soins médicaux qui ne correspond pas aux constatations sur la demande actuelle.

Si l'on stratifie les personnes interrogées selon la distance jusqu'à la structure sanitaire la plus proche, la distance ne joue pas un rôle important pour expliquer les variations de la réponse à cette question dans les deux arrondissements. En fait, la volonté de payer, exprimée en pourcentage, des personnes interrogées à Say habitant le plus loin (trois ou quatre heures de marche jusqu'à la structure la plus proche) était la plus élevée, 90 pour cent, alors que pour celles habitant le plus près (moins d'une heure de marche), ce pourcentage était le plus faible, 85 pour cent. Cela peut venir du fait que les coûts de transport représentent une proportion plus importante des dépenses totales liées à la maladie. Les résultats à Boboye montrent que la volonté de payer, exprimée en pourcentage des personnes vivant le plus près est légèrement moins élevée (mais importante au plan statistique), 94 pour cent, alors que celle des personnes habitant le plus loin est plus faible : 92 pour cent.

Lorsque l'on stratifie les données par quartile de revenu, la volonté de payer ne varie pas beaucoup. En fait, le quartile inférieur a exprimé la plus forte volonté de payer à Boboye, et la deuxième à Say.

Tableau 3-4 VOLONTE DE PAYER A SAY PAR QUARTILE DE REVENU				
	Quartile inférieur	Deuxième quartile	Troisième quartile	Quartile supérieur
OUI	88	87	90	87
NON	12	13	10	13
Total	100	100	100	100

Tableau 3-5 VOLONTE DE PAYER A BOBOYE PAR QUARTILE DE REVENU				
	Quartile inférieur	Deuxième quartile	Troisième quartile	Quartile supérieur
OUI	94	90	92	91
NON	6	10	8	9
Total	100	100	100	100

Lorsque l'ensemble des données est stratifié selon le nombre de maladies des personnes interrogées ou de leurs enfants au cours des trois derniers mois, on ne remarque qu'une faible variation dans la volonté de payer, particulièrement à Boboye. À Say, la volonté de payer est plus élevée pour les personnes interrogées qui ont eu plus d'une survenue de maladie que pour celles qui n'en ont pas eues.

Tableau 3-6 VOLONTE DE PAYER A SAY PAR SURVENUE DE MALADIE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS			
	Pas de maladie	Une maladie	Plus d'une maladie
OUI	86	90	91
NON	14	10	9
Total	100	100	100

Tableau 3-7 VOLONTE DE PAYER A BOBOYE PAR SURVENUE DE MALADIE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS			
	Pas de maladie	Une maladie	Plus d'une maladie
OUI	92	91	91
NON	8	9	9
Total	100	100	100

En examinant la volonté de payer selon le sexe, on a constaté de petites différences à Say (89 pour cent chez les hommes et 87 pour cent chez les femmes) et des différences importantes à Boboye (96 pour cent chez les hommes et 88 pour cent chez les femmes). L'âge ne joue pas de rôle dans la volonté de payer. On n'a constaté aucune différence dans la volonté de payer pour les personnes interrogées de 15 à 44 ans et celles au-dessus de 45 ans. Il existe une certaine variation dans la volonté de payer selon la situation matrimoniale.

Tableau 3-8 VOLONTE DE PAYER A SAY SELON LA SITUATION MATRIMONIALE				
	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé
OUI	82	90	77	91
NON	18	10	23	9
Total	100	100	100	100

Tableau 3-9 VOLONTE DE PAYER A BOBOYE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE				
	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé
OUI	91	93	79	88
NON	9	7	21	12
Total	100	100	100	100

Certaines variations existent également selon la situation des ménages (les chefs de famille exhibent la plus forte volonté de payer et les parents du chef de famille, la plus faible). La différence d'origine ethnique montre que les Songhaï ont une plus forte volonté de payer que les Peulh et les Zarma. Aucune différence n'apparaît chez les personnes ayant reçu une éducation scolaire par rapport à celles n'en ayant pas.

Pour savoir s'il existe des déterminants importants au plan statistique de la volonté de payer pour que les médicaments soient disponibles, on a calculé un modèle de variables dépendantes limitées (logit). À Say, les variables qui ont obtenu un coefficient important au plan statistique sont les suivantes : avoir été malade au cours des trois derniers mois, la distance jusqu'à la structure sanitaire, le sexe de la personne interrogée, son âge et sa situation matrimoniale. La probabilité de décider de continuer à payer les services dans les structures publiques pour garantir la disponibilité des médicaments s'accroît si : la personne interrogée ou un membre de sa famille est tombée malade au cours des trois derniers mois; la personne interrogée habite loin des structures sanitaires publiques; c'est un homme; la personne est jeune; la personne est mariée.

Tableau 3-10 VOLONTE DE PAYER DANS LES STRUCTURES SANITAIRES RESULTATS D'UN MODELE LOGIT (Les résultats des modèles se trouvent au Tableau A-35) (NON=0, OUI=1)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Important positif	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Pas important	Important positif
Revenu	Pas important	Important négatif
Taille du ménage	Pas important	Pas important
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Important positif	Pas important
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	Important négatif	Important négatif
Age	Important négatif	Pas important
Marié = 1 Autre = 0	Important positif	Important positif
Célibataire = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Éducation	Pas important	Pas important

A Boboye, les variables explicatives sont la perception de la disponibilité des médicaments, le revenu, le sexe de la personne interrogée et sa situation matrimoniale. La probabilité de choisir de continuer à payer les services dans les structures publiques pour garantir la disponibilité des médicaments s'accroît si la personne perçoit que les médicaments sont généralement disponibles à la structure sanitaire, que son revenu est élevé ou qu'il s'agit d'un homme ou d'une personne mariée.

3.2.2 Volonté de payer davantage chaque fois pour assurer la disponibilité des médicaments

La deuxième question sur la volonté de payer suggérait que les paiements actuels n'étaient pas suffisants pour assurer la disponibilité des médicaments et demandait si les personnes interrogées étaient prêtes à payer davantage. Cette question avait pour objectif de sonder la volonté de payer davantage à la structure sanitaire mais le texte n'était pas suffisamment clair. La façon de poser la question n'a pas affecté les personnes interrogées de Say parce qu'elles ne paient qu'à la structure sanitaire mais a peut-être troublé celles de Boboye.

RESUME DES CONSTATATIONS

- ▲ Plus de 60 pour cent des personnes interrogées de chaque arrondissement ont indiqué qu'elles étaient prêtes à payer davantage à chaque visite pour assurer la disponibilité des médicaments.
 - ▲ Il existe peu de variations dans la volonté de payer davantage lorsque l'on ventile les personnes interrogées selon la distance des structures sanitaires publiques, les quartiles de revenus, l'âge, la situation matrimoniale, l'éducation ou les maladies récentes.
 - ▲ La volonté de payer varie selon le sexe, les hommes de Boboye et de Say étant davantage prêts à payer pour assurer la disponibilité des médicaments.
-

Soixante-quatre pour cent des personnes interrogées ont indiqué qu'elles étaient prêtes à payer davantage qu'elles ne le font déjà. Vingt-six pour cent ont indiqué qu'elles ne voulaient pas payer davantage et 10 pour cent n'avaient pas d'opinion. Les personnes interrogées à Say ont manifesté une volonté de payer davantage bien que leur tarif soit plus élevé par survenue de maladie que celui de Boboye.

Tableau 3-11 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE PAR ARRONDISSEMENT		
	SAY	BOBOYE
OUI	66	62
D.N.D.	12	8
NON	22	30
Total	100	100

Si l'on stratifie les données selon la distance jusqu'à la structure sanitaire la plus proche, la distance ne joue aucun rôle dans l'un ou l'autre arrondissement pour expliquer les variations de la réponse à la deuxième question.

Tableau 3-12 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SELON LA DISTANCE A SAY				
	<1 heure	1 à 2 heures	2 à 3 heures	+ 3 heures
OUI	63	67	67	67
D.N.D.	15	14	13	25
NON	22	19	20	8
Total	100	100	100	100

Tableau 3-13 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE SELON LA DISTANCE A BOBOYE				
	<1 heure	1 à 2 heures	2 à 3 heures	+ 3 heures
OUI	64	61	62	63
D.N.D.	6	10	8	29
NON	30	29	30	8
Total	100	100	100	100

Lorsque l'on stratifie les données par quartile de revenu, la volonté de payer ne varie pas beaucoup. Le quartile le plus élevé indiquait la volonté de payer la plus élevée dans les deux arrondissements.

Tableau 3-14 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A SAY PAR QUARTILE DE REVENU				
	Quartile le plus bas	Deuxième quartile	Troisième quartile	Quartile supérieur
OUI	66	63	66	70
D.N.D.	12	13	10	13
NON	22	24	24	17
Total	100	100	100	100

Tableau 3-15 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A BOBOYE PAR QUARTILE DE REVENU				
	Quartile le plus bas	Deuxième quartile	Troisième quartile	Quartile supérieur
OUI	62	62	60	65
D.N.D.	6	10	8	9
NON	32	28	32	26
Total	100	100	100	100

Les personnes interrogées qui ont consulté au cours des trois derniers mois ont indiqué que le fait d'être venues dans la structure sanitaire a augmenté leur volonté de payer davantage, particulièrement à Say. Ceci peut provenir de la différence de disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires de Say et de Boboye.

Tableau 3-16 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A SAY SELON LES CONSULTATIONS ANTERIEURES		
	A consulté	N'a pas consulté
OUI	71	65
D.N.D.	9	13
NON	20	22
Total	100	100

Tableau 3-17 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A BOBOYE SELON LES CONSULTATIONS ANTERIEURES		
	A consulté	N'a pas consulté
OUI	64	61
D.N.D.	7	9
NON	29	30
Total	100	100

La comparaison de la volonté de payer selon le sexe montre que le pourcentage d'hommes interrogés qui sont prêts à payer davantage est plus important que le pourcentage de femmes interrogées dans les deux arrondissements (69 pour cent des hommes et 63 pour cent des femmes à Say, 70 pour cent des hommes et 56 pour cent des femmes à Boboye). Mais lorsque l'on compare les groupes d'âge, il existe peu de différences dans la volonté de payer davantage entre les personnes âgées de 15 à 44 ans et celles de plus de 45 ans. Certaines variations de la volonté de payer existent selon la situation matrimoniale.

Tableau 3-18 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A SAY SELON LA SITUATION MATRIMONIALE				
	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé
OUI	58	68	57	74
D.N.D.	18	10	23	9
NON	24	22	20	17
Total	100	100	100	100

Tableau 3-19 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE A BOBOYE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE				
	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé
OUI	67	62	51	55
D.N.D.	9	7	21	12
NON	24	31	28	33
Total	100	100	100	100

Certaines variations existent également en raison de la situation dans le ménage (les chefs de famille ont la volonté de payer la plus élevée et les parents du chef de famille, la plus faible). Il existe des différences selon l'origine ethnique : les Songhaï et les Hawsa sont davantage prêts à payer que les Peulh et les Zarma. On constate peu de différences pour les personnes ayant une éducation scolaire et celles n'en ayant pas à Say. À Boboye, 69 pour cent des personnes interrogées ayant une éducation scolaire et 61 pour cent de celles n'en ayant pas sont prêtes à payer davantage.

Un modèle de variable dépendante limitée (logit) de la volonté de payer davantage à la structure sanitaire a été estimé. À Say, les variables qui avaient un coefficient statistiquement important étaient le revenu des ménages, le sexe de la personne interrogée et son origine ethnique. La probabilité de choisir de payer davantage dans les structures sanitaires publiques pour garantir la disponibilité des médicaments s'accroît avec le niveau de revenu pour les personnes interrogées du sexe masculin et pour les Zarma. À Boboye, la seule variable explicative est le sexe. La probabilité de choisir de payer davantage dans les structures sanitaires publiques pour garantir la disponibilité des médicaments s'accroît si la personne interrogée est un homme.

3.2.3 Montant que les gens sont prêts à payer en plus à chaque fois

La troisième question portant sur la volonté de payer demandait combien les personnes interrogées étaient prêtes à payer en plus à chaque consultation pour traitement. Au moment de l'enquête, les adultes payaient 200 francs CFA à Say et 50 francs CFA à Boboye. Le montant moyen en francs CFA que les personnes interrogées étaient prêtes à payer (au lieu du tarif actuel) était de 310 à Say et de 121 à Boboye. À Say, ce chiffre allait de 200 à 4.500 francs CFA. À Boboye, de 50 à 1.000 francs CFA.

Pour répondre à la question sur un paiement supplémentaire, il faut prendre deux décisions. Tout d'abord, la personne interrogée décide si elle veut payer davantage ou pas, puis combien elle doit payer si elle décide de payer davantage. Ceci signifie que la variable dépendante n'est pas distribuée normalement mais tronquée, avec une limite inférieure de 200 pour Say et de 50 pour Boboye. La distribution de la variable dépendante suggère d'utiliser un modèle tobit pour expliquer les variations des deux décisions. Une autre méthode est de séparer les décisions et d'estimer la décision de payer davantage avec le modèle logit ou probit, et la décision sur le montant avec le modèle OLS.

Le modèle logit sur la décision de payer davantage est estimé dans la section précédente. Un modèle OLS sur la volonté de payer dépendant de la volonté de payer davantage à la structure sanitaire a été estimé. À Say, les variables importantes au plan statistique sont le revenu, le sexe et l'origine ethnique. La somme d'argent que les personnes interrogées sont prêtes à payer augmente avec le revenu, le sexe (homme), ou les personnes interrogées autres que des Zarma. À Boboye, les variables ayant une importance statistique sont la perception de la disponibilité des médicaments, le revenu, la taille du ménage, la distance jusqu'à l'installation la plus proche et le sexe. La somme d'argent que les personnes interrogées sont prêtes à payer augmente avec les perceptions négatives de la disponibilité des médicaments, un revenu plus élevé, un ménage plus nombreux, la distance jusqu'aux structures sanitaires publiques et le fait qu'il s'agit d'hommes.

On a également estimé un modèle tobit de la volonté de payer. À Say, le montant que les gens sont prêts à payer augmente avec le revenu, le fait qu'il s'agit d'hommes ou de personnes mariées et de Zarma. À Boboye, le montant que les gens sont prêts à payer augmente si le niveau d'éducation est élevé ou qu'il s'agit d'un homme.

Tableau 3-20
VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE POUR CHAQUE VISITE A UNE STRUCTURE SANITAIRE
RESULTATS D'UN MODELE LOGIT (Les résultats des modèles se trouvent dans le **Tableau A-36**)
(NON=0, OUI=1)

	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Pas important	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Pas important	Pas important
Revenu	Important positif	Pas important
Taille du ménage	Pas important	Pas important
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Pas important	Pas important
Sexe Femme = 2 Homme = 1	Important négatif	Important négatif
Age	Pas important	Pas important
Marié = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Célibataire = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Important positif	Pas important
Éducation	Pas important	Pas important

Tableau 3-21
MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER EN PLUS A CHAQUE VISITE A LA STRUCTURE
SANITAIRE

Résultats d'un modèle OLS (Les résultats du modèle se trouvent dans le **Tableau A-37**)

	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Pas important	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Pas important	Important négatif
Revenu	Important positif	Important positif
Taille du ménage	Pas important	Important positif
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Important négatif	Important positif
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	Important négatif	Important négatif
Age	Pas important	Pas important
Marié = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Célibataire = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Important négatif	Important
Éducation	Pas important	Pas important

Tableau 3-22
MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER EN PLUS A CHAQUE VISITE A LA STRUCTURE SANITAIRE
 Résultats d'un modèle Tobit (Les résultats du modèle se trouvent dans le **Tableau A-38**)

	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Pas important	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Pas important	Pas important
Revenu	Important positif	Pas important
Taille du ménage	Important positif	Pas important
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Pas important	Pas important
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	Important négatif	Important négatif
Age	Pas important	Pas important
Marié = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Célibataire = 1 Autre = 0	Important négatif	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Important positif	Pas important
Éducation	Pas important	Important positif

3.2.4 Volonté de payer davantage sous forme de taxe

La question sur la volonté de payer davantage sous forme de taxe a été posée dans les deux arrondissements bien qu'elle décrive le système de Boboye. Nous ne reprendrons que les résultats de Boboye. Trente-cinq pour cent des personnes interrogées ont dit qu'elles étaient prêtes à payer davantage, 49 pour cent que non et 15 pour cent n'ont pas répondu. Les personnes interrogées vivant le plus près des installations avaient le plus fort pourcentage de volonté de payer davantage (39 pour cent) et celles vivant le plus loin, le pourcentage le plus faible (33 pour cent).

La stratification par quartile de revenu montre que les personnes interrogées du quartile supérieur sont prêtes à payer davantage que celles des autres quartiles (40 pour cent). Il n'y a pas de tendance bien établie de la volonté de payer davantage selon les groupes ayant un taux de survenue de maladie différent au cours des trois derniers mois. Les personnes interrogées qui ont consulté dans une structure sanitaire au cours des trois derniers mois sont davantage prêtes à payer que celles qui ne l'ont pas fait (38 comparé à 34 pour cent). Les hommes sont davantage prêts à payer que les femmes (42 comparé à 43 pour cent). Les personnes plus jeunes (15 à 44 ans) sont davantage prêtes à payer que les plus âgées (37 comparé à 30 pour cent). Les célibataires étaient davantage prêts à payer que les personnes mariées, veuves ou divorcées (42, 34, 21 et 36 pour cent, respectivement). Les parents du chef de famille ou son conjoint étaient moins prêts à payer davantage que tout autre groupe (15 pour cent par rapport à 40 pour cent pour le chef de famille). On a noté des différences dans la volonté de payer davantage selon l'origine ethnique.

	Zarma	Hawsa	Peulh	Songhaï
OUI	35	51	26	41
NON	49	30	53	49
D.N.D.	16	19	21	10
Total	100	100	100	100

L'éducation scolaire joue un rôle dans la volonté de payer davantage, les personnes ayant une certaine éducation indiquant une plus grande volonté de payer davantage sous forme de taxe que celles n'en ayant pas.

	Aucune éducation scolaire	Quelque éducation scolaire
OUI	34	50
NON	50	37
D.N.D.	16	13
Total	100	100

On a calculé un modèle de variable dépendante limitée (logit) de la volonté de payer davantage sous forme de taxe. Quatre variables sont explicatives. La probabilité de décider et de payer davantage sous forme de taxe pour garantir la disponibilité des médicaments s'accroît selon le revenu pour les hommes, la jeunesse de la personne interrogée et le niveau d'éducation.

Tableau 3-25 VOLONTE DE PAYER D'AVANTAGE SOUS FORME DE TAXE Résultats d'un modèle logit (Les résultats du modèle se trouvent au Tableau A-39) (NON = 0, OUI = 1)	
	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Pas important
Revenu	Important positif
Taille du ménage	Pas important
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Pas important
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	Important négatif
Age	Important négatif
Marié = 1 Autre = 0	Pas important
Célibataire = 1 Autre = 0	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Pas important
Éducation	Important positif

3.2.5 Montant que les gens sont prêts à payer sous forme de taxe

La dernière des questions sur la volonté de payer était la suivante :

Combien êtes-vous prêt à contribuer par an pour que les médicaments soient toujours disponibles au dispensaire?

Comme la question sur la volonté de payer de la Section 3.2.3., cette question a produit une variable qui reste tronquée. Il faut noter qu'il n'existe aucune taxe à Say et que les adultes paient 200 francs CFA de taxe annuelle à Boboye. Le montant moyen en francs CFA que sont prêtes à payer les personnes interrogées était de 316 à Say et de 313 à Boboye. À Say, la fourchette allait de 200 à 3.000 francs CFA et à Boboye, de 25 à 1.000 francs CFA.

Les résultats du modèle OLS sur la volonté de payer sous forme de taxe se trouvent au **tableau 3-26**. À Say, les variables ayant une importance statistique sont le revenu, le sexe et l'éducation. La somme que sont prêtes à payer les personnes interrogées augmente avec le revenu, le fait qu'il s'agit d'un homme et l'éducation.

À Boboye, les variables importantes au plan statistique sont le revenu, la taille du ménage et le sexe. La somme que sont prêtes à payer les personnes interrogées augmente avec le revenu, la taille du ménage et le fait qu'il s'agit d'un homme.

Tableau 3-26 MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE (OLS) Résultats du modèle OLS (Les résultats du modèle se trouvent au Tableau A-41)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Pas important	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Pas important	Pas important
Revenu	Important positif	Important positif
Taille du ménage	Pas important	Important positif
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Pas positif	Pas positif
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	Important négatif	Important négatif
Age	Pas important	Pas important
Marié = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Célibataire = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Éducation	Important positif	Pas important

On a estimé également un modèle tobit sur la volonté de payer (**tableau 3-27**). À Say, la somme que les personnes interrogées sont prêtes à payer s'accroît avec la perception négative de la disponibilité des médicaments, le fait que la personne interrogée est un homme, qu'elle est plus jeune et qu'il s'agit d'un Zarma. À Boboye, la somme que les personnes interrogées sont prêtes à payer augmente avec le revenu, le fait qu'il s'agit d'un homme, la jeunesse de la personne et son niveau d'éducation.

Tableau 3-27 MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE (Tobit) Résultats du modèle Tobit (Les résultats du modèle se trouvent dans le Tableau A-41)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Pas important	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Important négatif	Pas important
Revenu	Pas important	Important positif
Taille du ménage	Pas important	Pas important
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Important positif	Pas important
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	Important négatif	Important négatif
Age	Important négatif	Important négatif
Marié = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Célibataire = 1 Autre = 0	Important négatif	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Important positif	Pas important
Éducation	Pas important	Important positif

3.3 CHOIX DU SYSTEME

De nombreuses questions intéressantes se posent en ce qui concerne les préférences de la population pour une méthode de paiements. Une des questions à laquelle il a été partiellement répondu dans une analyse antérieure est de savoir si la population préfère les nouveaux systèmes à l'ancien système gratuit qui a des problèmes de qualité. Il est clair que la population n'était pas satisfaite des conditions de prestation des soins de santé avant les interventions à Boboye et Say. On en veut pour preuve la majorité écrasante de personnes qui ont répondu à la première question en disant qu'elles étaient prêtes à payer pour des améliorations au plan des médicaments. Les réponses à cette question et aux questions qui suivaient sur la volonté de payer davantage peuvent être interprétées comme indiquant que si les gens avaient le choix entre le système actuel de recouvrement des coûts et le système gratuit, la plupart choisiraient le système actuel.

RESUME DES CONSTATATIONS

- ▲ Quatre-vingt-quatre pour cent des personnes interrogées dans chacun des deux arrondissements où l'on applique le recouvrement des coûts préfèrent la méthode de financement social que de payer à chaque survenue de la maladie.
 - ▲ Il est aussi probable que les personnes vivant le plus loin des structures sanitaires publiques et celles provenant du quartile le plus pauvre choisissent la méthode de financement que celles vivant plus près.
 - ▲ Les raisons citées le plus souvent pour préférer la méthode de financement social est qu'elle coûte moins cher et plus facile à financer.
-

Une autre question intéressante concerne le choix entre le système de paiement direct à Say et le système indirect (taxe et paiement forfaitaire à Boboye). Dans le module sur la volonté de payer, l'enquête de suivi a posé à toutes les personnes de Boboye et de Say âgées de 15 ans et plus la question suivante :

- ▲ On demande aux adultes de votre arrondissement de choisir entre les deux méthodes de paiement suivantes pour s'assurer que les médicaments sont disponibles au dispensaire le plus proche :
 - △ Première méthode de paiement : on demande à tous les adultes de payer 200 francs CFA une fois par an. En outre, on leur demande de payer 50 francs CFA au dispensaire chaque fois qu'ils sont malades.
 - △ Deuxième méthode de paiement : chaque fois que quelqu'un est malade, cette personne paie 200 francs CFA au dispensaire.

Laquelle des deux méthodes de paiement préférez-vous?

On a également posé un ensemble de questions sur les raisons pour lesquelles les personnes interrogées choisissent un système et rejettent l'autre. La section suivante concerne le choix indiqué par les personnes interrogées. La Section 3.3.2 examinera les raisons données pour ce choix.

3.3.1 Préférence d'une méthode de paiement

Quatre-vingt quatre pour cent des personnes interrogées ont choisi la première méthode, 70 pour cent la seconde, 6 pour cent étaient sans opinion et 2 pour cent n'ont pas répondu. Cette structure de choix est pratiquement identique à Say et à Boboye.

Tableau 3-28 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT		
	SAY	BOBOYE
Taxe + Paiement forfaitaire	84	84
Paiement à l'acte	7	8
Sans opinion	7	6
D.N.D.	2	2
Total	100	100

Si l'on examine la préférence en matière de méthode de paiement selon la distance jusqu'à la structure sanitaire la plus proche, on constate qu'à Say le pourcentage de personnes interrogées choisissant la deuxième méthode est plus élevé pour celles vivant le plus près. À Boboye, le pourcentage le plus élevé de personnes interrogées choisissant la deuxième méthode était celui des personnes vivant le plus loin. Les constatations de Boboye montrent que la méthode de paiement sous forme de taxe et de paiements forfaitaires est peut-être inéquitable pour les personnes vivant loin des structures sanitaires parce qu'il est moins probable qu'elles en profitent. La différence entre les pourcentages du groupe vivant le plus près et celui vivant le plus loin n'est pas importante, cependant. Les résultats de Say vont contre l'intuition. Ils montrent que le pourcentage de personnes choisissant le système financé par une taxe est plus élevé pour le groupe vivant à plus de deux heures de marche de la structure la plus proche.

Tableau 3-29 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY SELON LA DISTANCE JUSQU'A LA STRUCTURE SANITAIRE LA PLUS PROCHE				
	< 1 heure	1 à 2 heures	2 à 3 heures	+ 3 heures
Taxe + Paiement forfaitaire	75	85	87	87
Paiement à l'acte	16	6	4	4
Sans opinion	8	8	5	7
D.N.D.	1	1	3	2
Total	100	100	100	100

Tableau 3-30 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE SELON LA DISTANCE JUSQU'A LA STRUCTURE SANITAIRE LA PLUS PROCHE				
	< 1 heure	1 à 2 heures	2 à 3 heures	+3 heures
Taxe + Paiement forfaitaire	83	86	88	81
Paiement à l'acte	8	7	4	12
Sans opinion	7	4	6	6
D.N.D.	2	3	2	1
Total	100	100	100	100

Lorsque l'ensemble des données est stratifié par quartile de revenus, le choix de la méthode de paiement est similaire. Le quartile le plus élevé des deux arrondissements avait le pourcentage de choix le plus élevé de la seconde méthode (10 pour cent).

Tableau 3-31 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY PAR QUARTILE DE REVENU				
	Quartile inférieur	Deuxième quartile	Troisième quartile	Quartile supérieur
Taxe + Paiement forfaitaire	87	83	86	81
Paiement à l'acte	3	7	6	10
Sans opinion	8	7	6	6
D.N.A.	2	3	2	3
Total	100	100	100	100

Tableau 3-32 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE PAR QUARTILE DE REVENU				
	Quartile inférieur	Deuxième quartile	Troisième quartile	Quartile supérieur
Taxe + Paiement forfaitaire	85	86	83	84
Paiement à l'acte	7	5	8	11
Sans opinion	5	7	7	4
D.N.D.	3	2	2	1
Total	100	100	100	100

Une étude du choix des systèmes de paiement par survenue de maladie dans le passé récent montre qu'à Say le pourcentage de personnes interrogées choisissant le paiement par épisode était le plus faible pour celles ayant été malades au moins deux fois. À Boboye, les pourcentages étaient très similaires quel que soit le nombre de survenues de maladie.

Tableau 3-33 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY PAR SURVENUE DE MALADIE			
	Aucune maladie	Une maladie	Plus d'une survenue
Taxe + paiement forfaitaire	82	85	88
Paiement à l'acte	7	7	4
Sans opinion	8	6	6
D.N.D.	2	2	2
Total	100	100	100

Tableau 3-34 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE PAR SURVENUE DE MALADIE			
	Aucune maladie	Une maladie	Plus d'une survenue
Taxe + Paiement forfaitaire	85	84	85
Paiement à l'acte	7	9	7
Sans opinion	6	5	6
D.N.A.	2	2	2
Total	100	100	100

Les personnes interrogées qui se sont rendues dans une structure sanitaire au cours des trois derniers mois à Say avaient deux fois plus de chance de choisir la méthode de paiement par survenue que celles qui n'y sont pas allées (11 comparé à 5,5 pour cent). Le sexe de la personne interrogée ne joue pas un grand rôle dans le choix du système (le plus grand pourcentage de personnes sans opinion étaient les femmes dans les deux arrondissements). L'âge des personnes interrogées ne joue pas un grand rôle dans le choix du système. Certaines variations de la volonté de payer existent selon la situation matrimoniale.

Tableau 3-35 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A SAY SELON LA SITUATION MATRIMONIALE				
	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé
Taxe + Paiement forfaitaire	78	87	76	78
Paiement à l'acte	7	6	5	13
Sans opinion	10	5	15	4
D.N.D.	5	1	4	4
Total	100	100	100	100

Tableau 3-36 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT A BOBOYE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE				
	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé
Taxe + Paiement forfaitaire	86	86	64	81
Paiement à l'acte	8	8	3	9
Sans opinion	4	5	26	6
D.N.D.	1	2	7	3
Total	100	100	100	100

Enfin, les personnes interrogées ayant une éducation scolaire ont choisi plus souvent le paiement par épisode que celles sans éducation, particulièrement à Say.

On a calculé un modèle de la variable dépendante limitée (logit) du choix de la méthode de paiement. À Say, les variables ayant un coefficient important au plan statistique étaient une maladie récente, la perception de la disponibilité des médicaments, le revenu et le temps de marche jusqu'à la structure sanitaire la plus proche. La probabilité de choisir le système de taxe et de paiements forfaitaires augmente s'il y a des maladies récentes dans la famille, la perception négative de la disponibilité des médicaments, la faiblesse du revenu et le temps de marche jusqu'à l'installation la plus proche. À Boboye, les deux variables ayant un pouvoir explicatif sont le sexe et le temps de marche jusqu'à l'installation la plus proche. La probabilité de choisir le système de taxe et de paiements forfaitaires augmente s'il s'agit d'un homme.

<p style="text-align: center;">Tableau 3-37 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT Résultats d'un modèle logit (Les résultats du modèle se trouvent dans le Tableau A-42) (Paiement à l'acte = 0, Taxe et paiement forfaitaire = 1)</p>		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	Important positif	Pas important
Perception de la disponibilité des médicaments	Important négatif	Pas important
Revenu	Important positif	Pas important
Taille du ménage	Pas important	Pas important
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	Important positif	Important négatif
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	Pas important	Important positif
Age	Pas important	Pas important
Marié = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Célibataire = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	Pas important	Pas important
Éducation	Pas important	Pas important

3.3.2 Raisons données pour choisir une méthode de paiement

On a demandé à chaque personne d'expliquer son choix de la méthode de paiement en donnant ses raisons. La majorité a choisi la méthode de taxe et de paiements forfaitaires et donné deux raisons : elle coûte moins cher et est plus facile à financer. Dans l'arrondissement avec taxe, Boboye, la plupart des personnes interrogées ont raisonné que la méthode coûtait moins et à Say la plupart des personnes interrogées l'ont choisie en raison de la facilité de financement.

Lorsqu'on a demandé aux gens pourquoi ils n'avaient pas choisi la méthode de paiement par épisode, les deux arrondissements ont donné des réponses similaires, la majorité citant le manque de ressources.

Tableau 3-38 RAISONS DE CHOISIR LA METHODE TAXE PLUS PAIEMENTS FORFAITAIRES		
	BOBOYE	SAY
Coûte moins cher	1003 56%	398 26%
Plus facile à financer	657 37%	1006 62%
Autres raisons	113 6%	85 7%
Total	1773 99%	1489 95%

Tableau 3-39 RAISONS DE NE PAS CHOISIR LA METHODE DE PAIEMENT A L'ACTE		
	BOBOYE	SAY
Plus chère que l'autre méthode	306 17%	194 12%
Manque de ressources	978 55%	951 61%
Difficile d'avoir 200 francs CFA à chaque fois	457 26%	302 19%
Autres raisons	33 2%	51 3%
Total	1774 99%	1492 96%

La minorité des personnes interrogées qui préfèrent la méthode de paiement par épisode a également donné ses raisons pour choisir ce système. Les deux raisons données étaient que les personnes étaient plus sûres que les médicaments seraient disponibles et que le système était plus simple.

Lorsqu'on leur a demandé pourquoi elles n'avaient pas choisi la méthode avec taxe, ces personnes ont indiqué qu'elles ne savaient pas se servir correctement de l'argent. Une autre raison donnée par certaines des personnes interrogées est qu'elles avaient l'impression qu'elles jetteraient leur argent par les fenêtres si elles ne tombaient pas malades.

Tableau 3-40 RAISONS DE CHOISIR LA METHODE DE PAIEMENT A L'ACTE		
	BOBOYE	SAY
On est sûr d'obtenir les médicaments	81 50%	52 42%
Méthode plus simple	18 11%	29 24%
Autres raisons	59 36%	30 24%
Total	158 96%	111 90%

Tableau 3-41 RAISONS DE NE PAS CHOISIR LA METHODE TAXE PLUS PAIEMENTS FORFAITAIRES		
	BOBOYE	SAY
N'est pas sûr que l'argent sera utilisé correctement	76 47%	61 50%
Ne sera peut-être pas malade	23 14%	12 10%
Autres raisons	58 36%	38 31%
Total	167 97%	111 90%

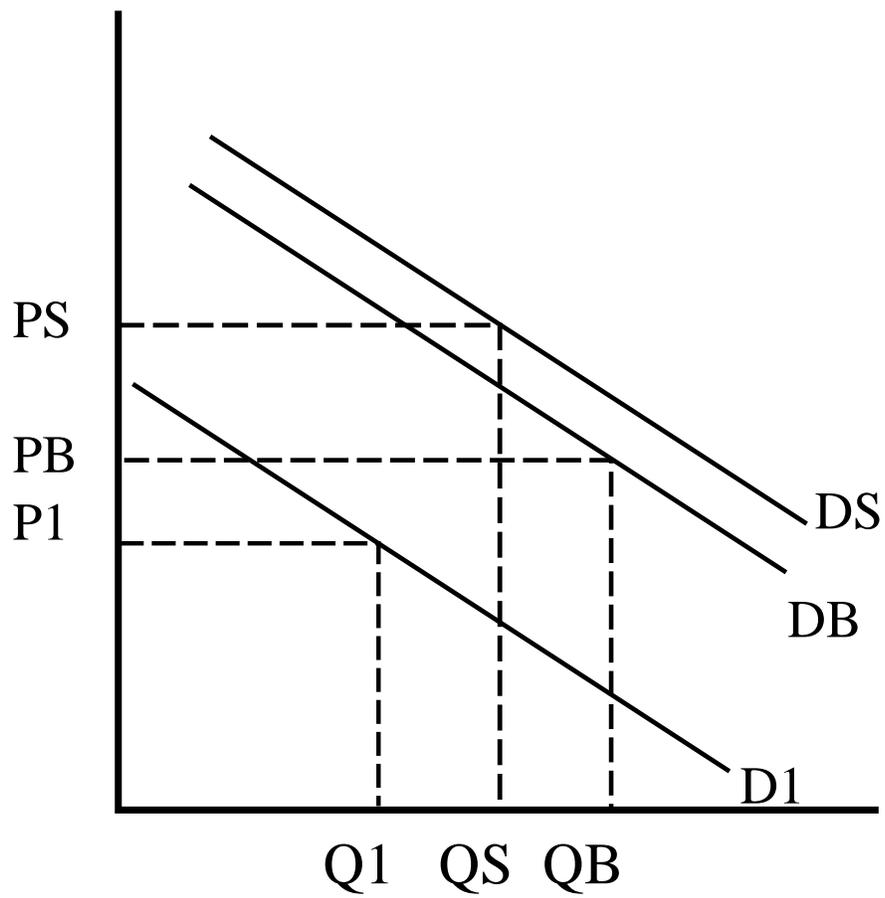
4.0 RESUME ET CONCLUSIONS

Ce rapport a analysé l'impact des interventions de recouvrement des coûts dans les arrondissements de Boboye et de Say. Il est axé sur deux catégories de questions : 1) les modifications du comportement de recherche de soins de santé, et 2) la volonté de payer et les préférences de la population. On a fait particulièrement attention aux groupes de population vulnérable et à la situation géographique des structures sanitaires par rapport aux villages étudiés.

La probabilité de rechercher un traitement dans une structure publique en cas de maladie a augmenté à Boboye, n'a pas changé à Say et a diminué à Illela. Ce résultat n'a pas changé lorsqu'on a calculé des modèles de régression avec contrôle des variables socio-économiques et des structures sanitaires. En répétant l'analyse pour les sous-groupes de population, on a obtenu des résultats quelque peu différents. Pour les femmes, il n'y a pas eu de changement important au plan statistique entre les deux arrondissements à recouvrement des coûts mais une diminution dans l'arrondissement de contrôle. Davantage d'enfants de moins de 15 ans étaient emmenés à une structure sanitaire publique dans l'arrondissement à financement social mais pas dans les deux autres arrondissements. Les personnes âgées (45 ans et plus) de l'arrondissement à financement social préféraient aller dans les structures sanitaires publiques et l'inverse dans l'arrondissement contrôle. La probabilité du quartile le plus pauvre d'aller consulter dans une structure publique de l'arrondissement contrôle était la plus faible.

La théorie économique peut expliquer l'augmentation de l'utilisation des structures sanitaires dans le cadre de la méthode de financement social par rapport à la méthode de paiement à l'acte. Le fait que les patients de Boboye doivent payer moins que ceux de Say (50 francs CFA, à Boboye et 200 francs CFA à Say) semble avoir compensé la diminution de la demande due au revenu plus faible après la taxe à Boboye. Ce point est illustré dans le *Graphique 4-1*. Avant les deux interventions, la demande de services de santé dans les structures publiques d'un arrondissement donné est $D1$, le prix est $P1$, et le nombre de visites $Q1$. Avec l'amélioration de la qualité, la demande passe à QB et DS à Say. La demande change moins à Boboye en raison de la diminution des revenus due à la taxe. Mais comme le prix de la première visite est inférieur à Boboye (PB), la quantité de visites demandées est plus élevée (QB).

Les résultats des soins préventifs étaient similaires à ceux des soins curatifs. La probabilité qu'une femme enceinte s'inscrive dans un programme de contrôle prénatal a servi de variable de remplacement pour les soins préventifs. On a constaté une augmentation de 10 pour cent des taux d'inscription pour Boboye et peu de changements pour les autres arrondissements. Les modèles de régression ont confirmé ce résultat après contrôle pour les variables socio-économiques et les structures sanitaires.



Graphique 4-1 Prix par visite (y compris prix payé à la structure sanitaire, frais de déplacement et frais d'attente)

Les résultats pour la première catégorie de questions, les modifications du comportement de recherche de soins, indiquent que la méthode de financement social a produit des résultats positifs aussi bien pour les soins curatifs que pour les services de prévention. Ceci est aussi vrai pour l'ensemble de la population que pour les groupes de population vulnérables. Il est clair également que les préoccupations sur l'équité en ce qui concerne les groupes de revenu, le sexe, les groupes d'âge, et la distance jusqu'aux services publics n'ont pas de raison d'être. Il serait difficile de prouver que c'est l'augmentation du comportement de recherche de soins de santé qui est la cause de l'amélioration de l'état de santé mais c'est peut être un des facteurs.

Pour revenir à la deuxième catégorie de questions, préférences et volonté de payer, il est tout à fait clair que la grande majorité des personnes interrogées préfèrent les interventions de recouvrement des coûts et d'amélioration de la qualité à la situation antérieure. Ceci est apparent lorsque l'on regarde les réponses qu'elles ont donné aux questions sur la volonté de payer et de payer davantage pour que les médicaments soient disponibles. Même le quartile le plus pauvre et les villages les plus éloignés de la structure ont montré une préférence claire pour les interventions.

Enfin, en ce qui concerne le choix entre les deux méthodes de paiement, la majorité des personnes interrogées des deux arrondissements d'intervention (84 pour cent) préfèrent la méthode de financement social. Les raisons données pour ce choix sont qu'elle coûte moins cher et qu'elle est plus facile à financer.

En se basant sur ces conclusions, il est clair que la méthode de paiement par le financement social a donné de meilleurs résultats que celle par survenue de maladie, et meilleurs encore que l'option de non-recouvrement des coûts représentée par l'arrondissement contrôle. Dans l'arrondissement à financement social, la recherche de soins préventifs et curatifs a été plus élevée que dans les deux autres arrondissements et les personnes interrogées dans les deux arrondissements de recouvrement des coûts (Boboye et Say), à une majorité écrasante, préfèrent la méthode de financement social à celle de financement par survenue de maladie.

APPENDICE

A-1
RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES
(TOUS LES ARRONDISSEMENTS) LOGIT (NON=0, OUI=1)
(Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité, et le troisième,
le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	0,349 1,417 1,537	1,422 4,146 5,723
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,350 1,419 1,484	0,915 2,498 3,754
Dépenses mensuelles par habitant	0,00003 1,000 1,237	0,00006 1,000 3,084
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,007 1,007 0,060	0,012 1,012 0,101
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-0,212 0,808 -0,971	0,507 1,661 1,901
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,271 1,311 1,475	0,247 1,281 1,219
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,374 0,687 -1,777	0,124 1,133 0,489
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,526 0,590 -2,637	-0,067 0,934 -0,335
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,013 0,986 -13,651	-0,014 0,986 -12,750
Tribal fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,327 1,387 1,500	0,398 1,488 1,757
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,506 1,658 3,038	0,068 1,070 0,405
Education	0,068 1,070 1,729	0,036 1,036 0,802
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	2,818 -936,22 0,150	2,697 -860,79 0,165

A-2 RECHERCHE DE SOINS DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité, et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,390 1,478 2,316	0,030 1,031 0,169	-0,568 0,566 -3,073
Disponibilité des médicaments	-0,118 0,888 -0,787	-0,109 0,896 -0,620	-0,813 0,443 -3,919
Dépenses mensuelles par habitant	0,00006 1,000 2,344	0,00005 1,000 1,932	0,00002 1,000 0,625
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,009 1,009 0,078	0,118 1,126 0,699	-0,069 0,933 -0,377
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,027 1,027 0,114	0,582 1,790 1,646	-0,069 0,932 -0,207
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,058 1,060 0,315	0,742 2,101 2,505	0,215 1,240 0,762
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,146 0,863 -0,623	-0,053 0,948 -0,162	-0,247 0,781 -0,800
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,368 0,691 -1,904	-0,238 0,788 -0,835	-0,338 0,712 -1,112
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,013 0,986 -12,308	-0,014 0,985 -9,322	-0,013 0,987 -9,974
Hawsa fictif Hawsa = 1 autre = 0	0,166 1,185 0,615	0,345 1,412 1,228	0,646 1,908 2,186
Zarma fictif Zarma = 1 autre = 0	0,232 1,262 1,511	0,314 1,368 1,568	-0,084 0,919 -0,074
Education	0,012 1,012 0,299	0,041 1,041 0,798	0,208 1,232 2,958
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	2,243 -892,31 0,125	1,461 -450,41 0,174	1,811 -445,11 0,170

A-3 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : HOMMES LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	0,379 1,460 1,080	1,270 3,562 3,466
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,470 1,601 1,288	0,706 2,027 1,961
Dépenses mensuelles par habitant	0,00001 1,000 0,545	0,00008 1,000 3,151
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-0,089 0,914 -0,202	—
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,086 1,090 0,290	0,267 1,307 0,576
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,113 0,892 -0,269	0,161 1,175 0,525
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,190 0,826 -0,612	0,0005 1,000 0,001
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,011 0,988 -8,338	0,155 1,167 0,532
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,779 2,179 2,218	-0,009 0,990 -7,132
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,992 2,697 3,852	0,457 1,580 1,349
Education	0,030 1,030 0,542	0,054 1,055 0,907
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,323 -438,94 0,131	1,292 -420,84 0,115

A-4 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : HOMMES LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLELA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	1,674 2,052	0,074 1,076 0,280	-0,382 0,682 -1,462
Disponibilité des médicaments	-0,396 0,672 -1,779	-0,182 0,833 -0,728	-0,773 0,461 -2,645
Dépenses mensuelles par habitant	0,00008 1,000 2,144	0,00008 1,000 1,836	0,00002 1,000 0,540
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,023 1,023 0,050	1,063 2,895 1,578	-0,187 0,828 -0,297
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	-0,234 0,790 -0,780	0,935 2,548 1,920	0,213 1,238 0,501
Marié Marié = 1 Autre = 0	0,127 1,135 -0,281	0,372 1,450 0,635	-0,464 0,628 -0,789
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	0,011 1,011 0,039	0,137 1,147 0,326	-0,302 0,738 -0,649
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,011 0,988 -7,327	-0,008 0,991 -4,670	-0,010 0,989 -5,947
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,142 0,866 -0,344	0,861 2,367 1,985	1,579 4,852 2,589
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,228 1,257 1,009	0,733 2,082 2,693	1,818 6,163 1,322
Education	-0,017 0,982 -0,299	0,108 1,114 1,506	0,095 1,100 0,966
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,009 -405,14 0,101	754 -221,67 0,145	852 -224,07 0,133

A-5 RECHERCHE DE SOINS DANS DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS : FEMMES) LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	0,366 1,442 1,216	1,583 4,872 4,574
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,288 1,334 0,918	1,138 3,120 3,342
Dépenses mensuelles par habitant	0,00004 1,000 1,241	0,00004 1,000 1,221
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-0,165 0,847 -0,607	0,789 2,202 2,280
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,529 1,697 1,921	0,345 1,412 1,135
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,567 0,567 -2,066	0,191 1,211 0,565
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,724 0,484 -2,584	-0,330 0,718 -1,137
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,015 0,984 -10,635	-0,019 0,980 -10,628
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,002 0,997 -0,009	0,329 1,390 1,063
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,150 1,162 0,666	0,143 1,153 0,609
Education	0,114 1,121 2,004	0,032 1,033 0,476
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,494 -488,95 0,1790	1,405 -427,63 0,229

A-6 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : FEMMES LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,269 1,309 1,171	-0,014 0,985 -0,057	-0,758 0,468 -2,782
Disponibilité des médicaments	0,088 1,092 0,427	-0,006 0,993 -0,026	-0,911 0,401 -2,986
Dépenses mensuelles par habitant	0,00004 1,000 1,262	0,00004 1,000 1,104	0,00002 1,000 0,490
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,155 1,167 0,524	0,734 2,083 1,665	-0,073 0,929 -0,166
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,374 1,454 1,340	0,833 2,301 2,030	0,054 1,056 0,124
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,394 0,673 -1,285	-0,020 0,979 -0,048	-0,033 0,966 -0,081
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,652 0,520 -2,408	-0,543 0,580 -1,320	-0,335 0,715 -0,740
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,016 0,984 -9,864	-0,021 0,978 -8,064	-0,016 0,983 -7,604
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,361 1,435 0,986	-0,043 0,957 -0,114	0,109 1,116 0,306
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,257 1,294 1,223	-0,112 0,893 -0,362	---
Education	0,038 1,039 0,604	0,008 1,008 0,110	0,388 1,474 3,530
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,234 -479,97 0,156	706 -216,52 0,238	956 -212,39 0,234

A-7
 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES
 (TOUS LES ARRONDISSEMENTS): MOINS DE 5 ANS LOGIT (NON=0, OUI=1)
 (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif	1,009	1,479
Boboye = 1	2,743	4,389
Autre = 0	2,119	3,470
Say fictif	0,793	1,116
Say = 1	2,212	3,055
Autre = 0	1,610	2,701
Dépenses mensuelles par habitant	0,00005 1,000 0,872	0,00007 1,000 1,745
Sexe	0,141	-0,063
Féminin = 2	1,151	0,938
Masculin = 1	0,609	-0,280
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,014 0,985 -7,427	-0,010 0,989 -6,142
Tribu fictif	0,961	1,040
Hawsa = 1	2,616	2,830
Autre = 0	2,106	2,624
Zarma fictif	0,410	0,331
Zarma = 1	1,507	1,393
Autre = 0	1,209	1,067
Education	---	---
No. d'obs.	673	711
Vraisemblance log	-242,65	-263,93
Pseudo coef. de déterm.	0,162	0,1236

A-8 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : MOINS DE 5 ANS LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,275 1,317 0,871	0,075 1,078 0,216	-0,335 0,714 -1,089
Disponibilité des médicaments	-0,165 0,847 -0,577	0,015 1,015 0,046	-0,583 0,557 -1,732
Dépenses mensuelles par habitant	0,00006 1,000 1,193	0,0001 1,000 2,028	0,00001 1,000 0,164
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,081 1,085 0,346	0,087 1,091 0,266	-0,077 0,924 -0,253
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,011 0,988 -5,967	-0,016 0,983 -5,404	-0,009 0,990 -4,598
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	1,183 3,266 2,196	-0,003 0,996 -0,006	1,911 6,763 2,584
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,404 1,498 1,239	0,241 1,273 0,649	1,488 4,432 1,079
Education	-0,297 0,742 -0,594	---	---
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	521 -227,83 0,115	383 -124,04 0,203	482 -150,66 0,129

A-9 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : MOINS DE 16 ANS LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif	0,788	1,399
Boboye = 1	2,200	4,053
Autre = 0	2,494	4,294
Say fictif	0,823	0,810
Say = 1	2,279	2,249
Autre = 0	2,494	2,579
Dépenses mensuelles par habitant	0,00008 1,000 1,893	0,0001 1,000 2,943
Sexe	-0,004	0,113
Féminin = 2	0,995	1,119
Masculin = 1	-0,029	0,677
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,015 0,984 -10,232	-0,014 0,986 -9,631
Tribu fictif	0,572	0,461
Hawsa = 1	1,772	1,586
Autre = 0	1,896	1,570
Zarma fictif	0,374	0,025
Zarma = 1	1,454	1,025
Autre = 0	1,627	0,112
Education	-0,051 0,949 -0,871	0,044 1,045 0,679
No. d'obs.	1,473	1,420
Vraisemblance log	-469,66	-477,36
Pseudo coef. de déterm.	0,170	0,1678

A-10 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : MOINS DE 16 ANS LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,703 2,020 2,761	-0,046 0,954 -0,186	-0,164 0,848 -0,628
Disponibilité des médicaments	-0,232 0,792 -1,050	-0,106 0,898 -0,454	-0,791 0,453 -2,725
Dépenses mensuelles par habitant	0,00008 1,000 2,125	0,0001 1,000 3,177	0,00004 1,000 0,749
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,048 1,050 0,285	0,162 1,176 0,685	-0,166 0,846 -0,649
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,015 0,984 -9,507	-0,016 0,983 -7,397	-0,010 0,989 -6,084
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,421 1,523 1,151	0,060 1,062 0,165	1,624 5,076 2,683
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,249 1,283 1,148	-0,132 0,876 -0,452	1,067 2,908 0,836
Education	-0,054 0,946 0,946	-0,018 0,981 -0,202	-0,025 0,975 -0,136
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,141 -440,56 0,160	772 -237,54 0,196	890 -220,27 0,143

A-11 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 44 ANS LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	-0,149 0,861 -0,269	0,711 2,036 1,098
Say fictif Say = 1 Autre = 0	-0,166 0,846 -0,302	-0,385 0,680 -0,575
Dépenses mensuelles par habitant	0,0001 1,000 1,347	-0,0001 0,999 -0,961
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,336 0,714 -0,971	-0,303 0,738 -0,807
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,612 0,541 -1,544	-0,636 0,528 -1,389
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	---	---
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,009 0,990 -4,692	-0,015 0,984 -5,079
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,052 1,054 0,102	-1,021 0,359 -1,606
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,754 2,126 1,802	0,315 1,371 0,746
Education	-0,151 0,859 -0,796	-0,007 0,992 -0,038
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	502 -169,94 0,103	496 -131,07 0,202

A-12 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 44 ANS LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,652 1,920 1,644	-0,708 0,492 -1,249	-0,949 0,386 -2,000
Disponibilité des médicaments	-0,418 0,657 -1,206	-0,037 0,963 -0,066	-0,151 0,859 -0,279
Dépenses mensuelles par habitant	0,0001 1,000 1,050	-0,00001 0,999 -0,086	-0,0002 0,999 -0,970
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,682 0,505 -2,000	0,246 1,279 0,552	0,259 1,296 0,477
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,924 0,396 -2,285	-0,561 0,570 -0,928	0,355 1,427 0,533
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	---	---	---
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,010 0,989 -4,557	-0,018 0,981 -3,767	-0,009 0,990 -3,242
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-1,974 0,138 -1,811	0,129 1,138 0,149	0,025 1,025 0,042
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	-0,031 0,969 -0,093	1,780 5,930 3,058	---
Education	-0,089 0,914 -0,590	-0,450 0,637 -0,637	---
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	411 -166,70 0,111	276 -53,76 0,276	309 -72,57 0,113

A-13 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : MOINS D'UNE HEURE DE MARCHÉ LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	0,206 1,229 0,783	1,387 4,006 4,574
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,430 1,537 1,432	0,811 2,250 2,472
Dépenses mensuelles par habitant	1,000 0,065	0,00004 1,000 1,011
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,016 1,016 0,096	0,315 1,370 1,637
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,107 1,113 0,360	0,657 1,929 1,830
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,679 1,972 2,545	0,305 1,357 1,038
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,505 0,603 -1,777	0,191 1,211 0,549
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,461 0,630 -1,802	0,205 1,228 0,653
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,028 0,972 -3,467	-0,030 0,969 -4,306
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,193 0,824 -0,665	-0,057 0,943 -0,184
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,290 1,337 1,103	-0,276 0,758 -0,976
Education	-0,007 0,992 -0,156	-0,00006 0,999 -0,001
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	672 -414,05 0,053	593 -345,16 0,086

A-14 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : MOINS D'UNE HEURE DE MARCHÉ LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	-0,199 0,819 -0,410	-0,669 0,512 -1,423	-0,595 0,551 -2,463
Disponibilité des médicaments	0,620 1,860 1,413	0,701 2,107 1,334	-0,706 0,493 -2,114
Dépenses mensuelles par habitant	0,00008 1,000 1,749	-0,00001 0,999 -0,303	-0,00001 0,999 -0,184
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,209 1,232 1,097	0,389 1,476 1,361	-0,025 0,974 -0,112
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,488 1,630 1,436	0,556 1,743 1,153	0,114 1,121 0,271
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,176 1,192 0,628	1,035 2,817 2,287	0,680 1,974 1,841
Marié Marié = 1 Autre = 0	0,159 1,172 0,474	-0,503 0,604 -1,803	-0,440 0,643 -1,135
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	0,182 1,199 0,659	-0,982 0,374 -1,995	-0,560 0,570 -1,491
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,024 0,976 -3,310	-0,051 0,949 -4,223	-0,039 0,961 -2,732
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,416 0,659 -1,193	-0,392 0,675 -0,931	0,214 1,238 0,532
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	-0,003 0,996 -0,014	0,044 1,045 0,126	-0,886 0,411 -0,747
Education	-0,065 0,936 -1,185	0,060 1,062 0,718	0,143 1,154 1,538
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	542 -344,12 0,051	266 -160,19 0,108	457 -244,81 0,058

A-15
RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES
(TOUS LES ARRONDISSEMENTS): PLUS DE TROIS HEURES DE MARCHE LOGIT (NON=0, OUI=1)
 (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	0,636 1,889 0,783	0,915 2,497 0,966
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,314 1,370 0,367	0,749 2,116 0,804
Dépenses mensuelles par habitant	0,00003 1,000 0,345	0,00008 1,000 1,681
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,752 0,471 -2,057	-1,036 0,354 -2,266
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-0,735 0,479 -1,089	0,271 1,311 0,295
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	-0,192 0,825 -0,394	0,508 1,663 0,706
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,497 0,608 -0,754	-0,600 0,548 -0,713
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,737 0,478 -1,102	-0,157 0,854 -0,223
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	0,001 1,001 0,548	0,00009 1,000 0,022
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,597 1,818 0,763	1,910 6,757 1,958
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,544 1,723 0,917	0,958 2,608 1,179
Education	0,029 1,030 0,179	-0,106 0,899 -0,415
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	965 -148,20 0,035	931 -106,59 0,073

A-16 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE TROIS HEURES DE MARCHÉ LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	-0,619 0,538 -1,304	-0,708 0,492 -0,905	-0,020 0,980 -0,045
Disponibilité des médicaments	0,199 1,221 0,444	-0,084 0,919 -0,123	0,239 1,270 0,476
Dépenses mensuelles par habitant	0,00002 1,000 0,411	0,00006 1,000 0,457	0,0002 1,000 2,292
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-1,072 0,342 -2,319	-1,149 0,316 -1,632	-0,532 0,586 -1,194
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-1,614 0,199 -2,069	2,326 10,245 1,662	-0,315 0,729 -0,412
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,272 1,313 0,457	1,103 3,016 1,226	-0,676 0,508 -0,886
Marié Marié = 1 Autre = 0	-1,628 0,196 -2,098	3,050 21,121 2,203	-1,163 0,312 -1,456
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-1,990 0,136 -1,977	1,750 5,760 1,612	-0,127 0,880 -0,198
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,006 0,993 -1,154	0,001 1,001 0,460	0,008 1,008 1,136
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,093 1,098 0,073	2,466 11,781 1,750	1,256 3,512 1,178
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,409 1,505 0,619	1,315 3,725 1,822	---
Education	-0,001 0,998 -0,008	---	0,120 1,128 0,641
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	566 -98,34 0,067	493 -48,24 0,1452	807 -96,26 0,078

A-17 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	0,510 1,666 0,922	1,323 3,757 2,349
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,632 1,882 1,241	1,028 2,797 2,105
Dépenses mensuelles par habitant	0,00001 1,000 0,339	0,00004 1,000 1,402
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,246 0,781 -1,032	-0,453 0,635 -1,876
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-0,808 0,445 -1,906	0,472 1,603 0,821
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	-0,032 0,967 -0,100	-0,111 0,894 -0,291
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,446 0,639 -1,070	0,299 1,348 0,541
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,759 0,467 -1,655	-0,104 0,900 -0,261
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,003 0,996 -1,625	-0,010 0,989 -4,212
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,353 1,423 0,717	0,573 1,773 1,193
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,608 1,836 1,597	0,498 1,646 1,294
Education	0,116 1,123 1,318	-0,036 0,964 -0,245
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,578 -305,35 0,035	1,496 -286,80 0,081

A-18 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHÉ LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,403 1,496 1,458	0,035 1,035 0,086	-0,155 0,856 -0,468
Disponibilité des médicaments	-0,082 0,920 -0,237	-0,228 0,795 -0,639	-0,263 0,768 -0,790
Dépenses mensuelles par habitant	0,00002 1,000 0,572	0,0001 1,000 1,539	0,00003 1,000 0,721
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,229 0,795 -0,952	-0,694 0,499 -1,929	-0,265 0,766 -0,770
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-0,904 0,404 -2,093	1,432 4,188 1,789	-0,188 0,828 -0,292
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,013 1,013 0,038	0,244 1,276 0,444	-0,294 0,745 -0,592
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,855 0,425 -1,937	1,456 4,289 1,975	-0,021 0,978 -0,036
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-1,254 0,285 -2,422	0,542 1,721 1,102	-0,079 0,923 -0,140
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,009 0,990 -3,820	-0,005 0,994 -2,186	-0,001 0,998 -0,371
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,205 0,813 -0,185	0,283 1,327 0,410	0,520 1,682 1,026
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,206 1,229 0,527	0,786 2,195 2,182	---
Education	0,032 1,033 0,241	0,065 1,067 0,495	0,145 1,156 1,103
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,072 -274,62 0,051	793 -146,37 0,076	1,209 -166,64 0,013

A-19 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	-0,244 0,783 -0,420	1,762 5,824 2,801
Say fictif Say = 1 Autre = 0	-0,025 0,974 -0,046	0,319 1,376 0,560
Dépenses mensuelles par habitant	0,001 1,001 1,356	-0,0001 0,999 -0,141
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,009 1,009 0,037	-0,135 0,873 -0,444
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,023 1,023 0,046	1,002 2,723 1,283
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,023 1,390 0,754	0,301 1,352 0,624
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,305 0,736 -0,611	0,996 2,708 1,352
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,768 0,463 -1,478	0,611 1,843 1,425
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,010 0,989 -4,806	-0,017 0,982 -6,140
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,307 0,735 -0,640	-0,897 0,407 -1,572
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,113 1,120 0,254	-0,930 0,394 -1,755
Education	-0,272 0,761 -0,879	-0,071 0,930 -0,448
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	641 -189,52 0,089	602 -159,33 0,210

A-20 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,652 1,920 1,638	-0,647 0,523 -1,146	-1,112 0,328 -2,786
Disponibilité des médicaments	0,114 1,120 0,344	-0,104 0,900 -0,259	-0,537 0,584 -1,368
Dépenses mensuelles par habitant	-0,0008 0,999 -0,686	0,002 1,002 1,005	0,002 1,002 1,265
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,334 0,715 -1,101	-0,179 0,835 -0,397	0,435 1,545 1,146
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	-0,233 0,791 -0,383	3,466 32,021 2,380	-0,0008 0,999 -0,001
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,319 1,376 0,706	1,694 5,445 1,430	-0,271 0,762 -0,492
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,145 0,864 -0,233	1,719 5,580 1,674	0,242 1,274 0,387
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,609 0,543 -1,230	0,754 2,127 1,247	0,396 1,486 0,650
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,015 0,984 -5,379	-0,016 0,983 -3,804	-0,011 0,988 -4,148
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,116 0,889 -0,137	0,457 1,579 0,521	-0,511 0,599 -1,153
Zarma fictif Zarma = 1 autre = 0	-0,164 0,848 -0,384	-0,630 0,532 -0,909	---
Education	-0,179 0,836 -0,836	-0,048 0,953 -0,245	---
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	485 -162,35 0,133	311 -70,28 0,213	430 -109,25 0,133

A-21 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS RICHE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	0,203 1,225 0,584	1,454 4,282 3,669
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,456 1,578 1,287	0,695 2,004 1,840
Dépenses mensuelles par habitant	-0,00004 0,999 -1,218	0,00005 1,000 1,898
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,115 1,122 0,585	-0,138 0,870 -0,635
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,031 1,031 0,086	1,253 3,503 2,539
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,424 1,528 1,382	0,742 2,101 1,969
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,440 0,643 -1,287	0,356 1,428 0,813
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,772 0,461 -2,255	0,039 1,040 0,113
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,013 0,986 -8,179	-0,013 0,986 -7,223
Tribu fictif Hawsa = 1 Autre = 0	0,109 1,115 0,348	0,385 1,470 1,141
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,446 1,562 1,738	-0,151 0,859 -0,512
Education	0,127 1,135 2,312	0,087 1,091 1,348
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	816 -334,17 0,172	756 -281,06 0,193

A-22 RECHERCHE DE SOINS DE SANTE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS RICHE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,486 1,626 1,715	-0,438 0,645 -1,522	-0,681 0,505 -1,688
Disponibilité des médicaments	-0,366 0,693 -1,393	-0,088 0,915 -0,296	-0,824 0,438 -2,013
Dépenses mensuelles par habitant	1,000 0,191	0,00001 1,000 0,420	-0,00002 0,999 -0,410
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,024 1,024 0,119	0,053 1,054 0,196	0,061 1,063 0,174
Age1 fictif Moins de 15 ans = 1 Autre = 0	0,163 1,177 0,436	0,868 2,383 1,581	1,835 6,270 1,990
Age2 fictif 15 - 44 ans = 1 Autre = 0	0,139 1,149 0,450	1,054 2,869 2,282	1,131 3,101 1,630
Marié Marié = 1 Autre = 0	-0,184 0,831 -0,509	-0,276 0,758 -0,558	0,655 1,926 0,908
Célibataire Célibataire = 1 Autre = 0	-0,207 0,812 0,812	-0,954 0,384 -1,918	-0,489 0,613 -0,778
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,011 0,988 -5,988	-0,014 0,985 -5,871	-0,015 0,984 -6,314
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,289 0,748 -0,753	0,036 1,037 0,096	1,997 7,373 2,517
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	-0,049 0,951 -0,197	0,233 1,263 0,712	---
Education	0,062 1,064 1,060	0,151 1,164 2,151	0,348 1,417 2,887
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	634 -311,50 0,108	443 -178,18 0,198	493 -119,00 0,264

A-23
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTRÔLE PRENATAL
 (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) LOGIT (NON=0, OUI=1)
 (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	1,152 3,164 (3,03)	1,392 4,024 (3,63)
Say fictif Say = 1 Autre = 0	1,440 4,222 (4,24)	1,485 4,415 (4,03)
Dépenses mensuelles par habitant	0,00006 1,00006 (1,501)	0,0001 1,0001 (2,73)
Taille des ménages	0,011 1,011 (0,75)	0,029 1,029 (1,64)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,014 0,986 (10,7)	-0,014 0,986 (10,7)
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	1,263 3,535 (3,80)	1,027 2,793 (2,89)
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	1,081 2,948 (4,04)	1,068 2,909 (4,28)
Education	-0,011 0,989 (0,18)	0,052 1,053 (0,84)
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	819 -413,6 0,206	814 -416,8 0,222

A-24 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT) LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,643 1,903 2,875	0,224 1,251 0,931	-0,318 0,727 -1,180
Disponibilité des médicaments	-0,390 0,676 -1,790	0,107 1,113 0,462	-0,654 0,519 -2,116
Dépenses mensuelles par habitant	0,00008 1,000 1,763	0,00009 1,000 2,214	0,00006 1,000 0,995
Taille des ménages	0,026 1,026 1,551	0,020 1,021 0,873	-0,004 0,995 -0,207
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,009 0,990 -7,426	-0,013 0,986 -7,278	-0,026 0,973 -9,914
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	3,350 28,530 4,732	2,576 13,151 4,829	-0,224 0,799 -0,675
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	1,542 4,674 5,401	0,789 2,201 2,915	---
Éducation	0,037 1,038 0,470	0,031 1,032 0,531	0,033 1,033 0,259
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	625 -366,39 0,144	450 -226,62 0,240	556 -186,36 0,3762

A-25 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) MOINS D'UNE HEURE DE MARCHÉ LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)		
	ENQUÊTE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	-0,676 0,508 -1,412	0,169 1,184 0,318
Say fictif Say = 1 Autre = 0	-0,571 0,564 -0,899	0,325 1,384 0,495
Dépenses mensuelles par habitant	-0,0001 0,999 -1,188	0,00009 1,000 0,892
Taille des ménages	0,001 1,001 0,045	-0,088 0,915 -2,139
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,090 0,913 -4,559	-0,061 0,940 -3,790
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	-0,796 0,450 -1,284	-0,475 0,621 -0,845
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	-0,486 0,614 -0,728	0,713 2,040 1,081
Education	-0,017 0,982 -0,156	-0,007 0,992 -0,041
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	174 -87,33 0,189	188 -95,65 0,158

A-26
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (PAR ARRONDISSEMENT): MOINS D'UNE HEURE DE MARCHÉ
 LOGIT (NON=0, OUI=1)

(Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	-0,514 0,597 -0,359	-0,184 0,831 -0,177	-0,789 0,454 -1,967
Disponibilité des médicaments	1,168 3,218 0,905	1,243 3,467 1,282	-1,316 0,268 -2,072
Dépenses mensuelles par habitant	0,0002 1,000 1,223	-0,00001 0,999 -0,105	0,00006 1,000 0,613
Taille des ménages	-0,018 0,981 -0,336	0,123 1,131 1,294	-0,016 0,983 -0,626
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,063 0,938 -3,807	-0,052 0,949 -2,251	-0,083 0,920 -2,888
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	1,406 4,083 1,171	---	-2,045 0,129 -3,028
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,756 2,129 1,119	0,382 1,465 0,473	---
Education	-0,097 0,907 -0,658	0,053 1,054 0,313	-0,074 0,928 -0,421
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	129 -56,15 0,316	66 -31,90 0,152	155 -85,04 0,120

A-27
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 3 HEURES DE MARCHÉ
 LOGIT (NON=0, OUI=1)

(Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième, le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	4,931 138,569 3,843	3,134 22,987 3,258
Say fictif Say = 1 Autre = 0	3,065 21,438 1,858	2,485 12,001 2,611
Dépenses mensuelles par habitant	0,00009 1,000 1,176	0,0001 1,000 1,772
Taille des ménages	-0,046 0,954 -1,010	0,072 1,074 1,576
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	0,001 1,001 0,226	0,0004 1,000 0,101
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	2,965 19,396 2,179	1,888 6,610 2,115
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,759 2,136 0,688	0,242 1,274 0,351
Education	---	-0,155 0,856 -0,626
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	257 -64,27 0,216	252 -76,23 0,152

A-28
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 3 HEURES DE MARCHE
 LOGIT (NON=0, OUI=1)
 (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,444 1,560 0,976	2,052 7,789 1,492	0,982 2,671 1,074
Disponibilité des médicaments	-1,082 0,338 -2,252	-1,398 0,247 -1,234	0,277 1,320 0,347
Dépenses mensuelles par habitant	0,00008 1,000 1,130	0,00009 1,000 1,115	0,0002 1,000 1,424
Taille des ménages	-0,006 0,993 -0,187	-0,024 0,976 -0,223	0,157 1,171 1,471
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	0,007 1,007 1,266	0,0005 1,000 0,115	-0,022 0,978 -1,055
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	3,030 20,705 2,160	2,510 12,312 2,088	0,561 1,753 0,478
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	1,183 3,265 1,076	1,011 2,749 0,985	---
Education	---	-0,153 0,857 -0,578	---
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	168 -81,69 0,102	124 -27,81 0,138	212 -24,13 0,116

A-29
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHÉ
 LOGIT (NON=0, OUI=1)

(Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	3,984 53,737 5,068	3,151 23,374 4,145
Say fictif Say = 1 Autre = 0	4,060 57,990 5,532	2,781 16,144 3,825
Dépenses mensuelles par habitant	0,0001 1,000 1,735	0,00008 1,000 1,469
Taille des ménages	-0,008 0,991 -3,548	0,084 1,087 2,874
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,008 0,991 -0,302	-0,008 0,991 -3,432
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	3,302 27,171 4,621	1,865 6,457 2,656
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	1,159 3,188 2,266	0,510 1,665 1,238
Education	-0,245 0,781 -1,319	0,080 1,083 0,858
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	450 -163,79 0,204	438 -180,60 0,162

A-30
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (PAR ARRONDISSEMENT) : PLUS DE 2 HEURES DE MARCHÉ
 LOGIT (NON=0, OUI=1)

(Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	0,786 2,194 2,549	0,436 1,546 0,971	0,135 1,145 0,274
Disponibilité des médicaments	-1,196 0,302 -3,179	-0,215 0,805 -0,561	0,177 1,194 0,331
Dépenses mensuelles par habitant	0,00006 1,000 1,006	0,00009 1,000 1,603	0,00009 1,000 0,697
Taille des ménages	0,001 1,001 0,048	0,073 1,076 1,912	0,021 1,022 0,430
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,004 0,995 -2,050	-0,010 0,989 -3,094	-0,021 0,979 -3,030
Hawsa fictif Hawsa = 1 autre = 0	3,196 24,454 2,722	2,322 10,200 3,580	2,036 7,661 1,902
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	1,827 6,217 2,423	0,329 1,390 0,741	---
Education	0,026 1,026 0,190	0,011 1,011 0,108	---
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	316 -176,50 0,082	226 -94,36 0,192	327 -64,79 0,139

A-31
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE
 LOGIT (NON=0, OUI=1)

(Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	1,911 6,763 1,936	0,822 2,275 0,888
Say fictif Say = 1 Autre = 0	0,747 2,112 0,888	0,755 2,129 1,094
Dépenses mensuelles par habitant	0,002 1,002 1,561	0,003 1,003 1,848
Taille des ménages	0,011 1,011 0,306	0,042 1,043 1,342
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,016 0,983 -5,038	-0,013 0,986 -4,728
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	1,168 3,217 1,460	-0,806 0,446 -1,149
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,613 1,847 0,806	0,216 1,242 0,297
Education	-0,053 0,947 -0,251	0,293 1,340 1,592
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	188 -87,47 0,230	195 -94,86 0,200

A-32 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS PAUVRE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et la troisième ligne, le coefficient de Student)			
	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif	0,078	0,877	-1,363
1993 = 1	1,081	2,405	0,255
1992 = 0	0,174	1,374	-1,613
Disponibilité des médicaments	-0,281	0,220	-0,369
	0,754	1,247	0,690
	-0,663	0,424	-0,489
Dépenses mensuelles par habitant	0,001	0,003	0,006
	1,001	1,003	1,006
	0,952	1,378	1,700
Taille des ménages	0,038	-0,012	-0,110
	1,039	0,988	0,895
	1,332	-0,180	-1,340
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,010	-0,011	-0,056
	0,989	0,988	0,944
	-4,019	-2,450	-4,556
Hawsa fictif	20,417	0,496	-1,390
Hawsa = 1		1,643	0,248
Autre = 0	13,192	0,433	-1,493
Zarma fictif	18,580	0,378	
Zarma = 1		1,460	---
Autre = 0	15,751	0,508	
Education	0,119	0,121	0,215
	1,126	1,129	1,240
	0,616	0,639	0,260
No. d'obs.	167	89	127
Vraisemblance log	-95,18	-41,65	-25,26
Pseudo coef. de déterm.	0,153	0,163	0,589

A-33
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (TOUS LES ARRONDISSEMENTS) : QUARTILE LE PLUS RICHE
 LOGIT (NON=0, OUI=1)
 (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	ENQUETE DE BASE	SUIVI
Boboye fictif Boboye = 1 Autre = 0	1,922 6,840 2,703	2,883 17,884 3,450
Say fictif Say = 1 Autre = 0	2,512 12,329 3,636	2,413 11,173 2,992
Dépenses mensuelles par habitant	0,00003 1,000 0,566	0,0001 1,0001 1,922
Taille des ménages	0,010 1,010 0,323	0,080 1,084 2,122
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,011 0,988 -5,016	-0,014 0,985 -6,113
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	1,364 3,912 2,038	2,121 8,346 2,703
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	1,065 2,901 1,968	0,718 2,052 1,563
Education	0,0003 1,000 0,004	-0,075 0,926 -0,764
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	217 -111,33 0,226	235 -113,22 0,290

A-34
 INSCRIPTION DANS LE PROGRAMME DE CONTROLE PRENATAL
 (PAR ARRONDISSEMENT) : QUARTILE LE PLUS RICHE
 LOGIT (NON=0, OUI=1)

(Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité et le troisième,
 le coefficient de Student)

	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Année fictif 1993 = 1 1992 = 0	1,474 4,367 2,823	-0,281 0,754 -0,647	0,206 1,228 0,382
Disponibilité des médicaments	-0,911 0,402 -1,807	0,229 1,257 0,483	-0,765 0,465 -1,412
Dépenses mensuelles par habitant	-0,00004 0,999 -0,535	0,00008 1,000 1,586	0,00009 1,000 1,155
Taille des ménages	0,119 1,126 2,641	0,044 1,045 1,025	-0,019 0,981 -0,354
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,008 0,991 -3,359	-0,011 0,988 -3,759	-0,020 0,979 -5,085
Hawsa fictif Hawsa = 1 Autre = 0	1,955 7,065 1,988	---	0,088 1,092 0,112
Zarma fictif Zarma = 1 Autre = 0	0,987 2,683 1,862	0,236 1,266 0,461	---
Education	0,146 1,158 0,942	-0,081 0,921 -0,857	-0,020 0,980 -0,104
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	153 -85,41 0,191	121 -67,51 0,173	160 -53,33 0,321

A-35 VOLONTE DE PAYER DANS LES STRUCTURES SANITAIRES: MODELE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité, le coefficient de Student est entre parenthèses)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	0,225 1,252 (2,37)	0,122 1,130 (1,20)
Perception de la disponibilité des médicaments	0,055 1,057 (0,30)	1,136 3,115 (3,95)
Dépenses mensuelles par habitant	0,00003 1,00003 (1,016)	-0,00005 0,99995 (1,879)
Taille des ménages	0,016 1,017 (1,021)	-0,010 0,989 (0,59)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	0,002 1,002 (2,45)	-0,001 0,998 (1,29)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,409 0,664 (2,49)	-1,290 0,275 (6,12)
Age	-0,011 0,989 (1,98)	-0,007 0,993 (1,12)
Marié = 1 Autre = 0	0,513 1,670 (1,94)	0,929 2,533 (3,44)
Célibataire = 1 Autre = 0	-0,357 0,699 (0,97)	0,307 1,359 (0,79)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	0,144 1,155 (0,78)	0,092 1,097 (0,44)
Education	-0,042 0,958 (1,09)	-0,020 0,980 (0,35)
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,846 -656,6 0,0348	2,115 -556,4 0,0746

A-36 VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES : MODELE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité Le coefficient de Student est entre parenthèses)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	0,018 1,018 (0,248)	0,042 1,043 (0,683)
Perception de la disponibilité des médicaments	-0,052 0,950 (0,35)	-0,203 0,816 (1,09)
Dépenses mensuelles par habitant	0,00006 1,00006 (1,998)	0,000008 1,0 (0,34)
Taille des ménages	0,022 1,022 (1,586)	0,005 1,005 (0,45)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,003 0,999 (0,497)	0,0003 1,0003 (0,48)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,380 0,684 (2,89)	-0,393 0,675 (3,49)
Age	-0,002 0,998 (0,378)	-0,0009 0,999 (0,25)
Marié = 1 Autre = 0	0,054 0,947 (0,22)	0,046 0,955 (0,22)
Célibataire = 1 Autre = 0	-0,476 0,621 (1,47)	0,137 1,147 (0,49)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	0,517 1,677 (3,31)	-0,014 0,986 (0,12)
Education	-0,012 0,988 (0,33)	0,061 0,985 (1,61)
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,623 -895,7 0,0165	1,941 -1208,9 0,0106

A-37 MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER A LA STRUCTURE SANITAIRE : MODELE OLS (Le coefficient de Student est entre parenthèses)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	-1,040 (0,16)	-0,613 (0,21)
Perception de la disponibilité des médicaments	1,172 (0,09)	-18,21 (2,17)
Dépenses mensuelles par habitant	0,006 (2,56)	0,002 (2,45)
Taille des ménages	-0,481 (0,41)	1,472 (3,10)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,083 (1,66)	0,065 (2,18)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-30,12 (2,61)	-9,622 (1,85)
Age	-0,022 (0,06)	-0,082 (0,47)
Marié = 1 Autre = 0	1,977 (0,09)	4,534 (0,44)
Célibataire = 1 Autre = 0	-21,88 (0,76)	8,754 (0,68)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	-20,93 (1,71)	0,572 (0,11)
Education	-0,055 (0,02)	2,201 (1,46)
No. d'obs. Coef. de déterm. aj.	1,219 0,0121	1,313 0,0169

A-38 MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER A LA STRUCTURE SANITAIRE : MODELE TOBIT (Le coefficient de Student est entre parenthèses)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	12,07 (1,58)	3,350 (0,98)
Perception de la disponibilité des médicaments	-1,886 (0,12)	-7,46 (0,74)
Dépenses mensuelles par habitant	0,009 (3,61)	0,001 (0,92)
Taille des ménages	2,297 (1,69)	0,914 (1,57)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,006 (0,11)	0,048 (1,34)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-70,94 (5,21)	-34,54 (5,60)
Age	-0,728 (1,59)	-0,211 (1,02)
Marié = 1 Autre = 0	17,55 (0,69)	8,210 (0,69)
Célibataire = 1 Autre = 0	-76,47 (2,26)	5,607 (0,37)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	29,19 (1,97)	0,067 (0,01)
Education	-2,39 (0,68)	3,623 (1,92)
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,846 -9045,0 0,0028	2,115 -8822,8 0,0031

A-39 VOLONTE DE PAYER D'AVANTAGE SOUS FORME DE TAXE : MODELE LOGIT (NON=0, OUI=1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité, le coefficient de Student est entre parenthèses.)	
	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	-0,042 0,958 (0,68)
Perception de la disponibilité de médicaments	0,221 1,247 (1,20)
Dépenses mensuelles par habitant	0,00007 1,0 (2,83)
Taille des ménages	0,005 1,005 (0,45)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,0004 0,9996 (0,57)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-0,590 0,554 (5,22)
Age	-0,013 0,987 (3,28)
Marié = 1 Autre = 0	-0,093 0,911 (0,40)
Célibataire = 1 Autre = 0	-0,247 0,781 (0,87)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	0,155 1,168 (1,27)
Education	0,084 1,088 (2,44)
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,777 -1,172,2 0,0287

A-40 MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE : MODELE OLS (Le coefficient de Student est entre parenthèses)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	4,665 (0,72)	9,663 (1,61)
Perception de la disponibilité des médicaments	-3,103 (0,25)	-19,31 (1,12)
Dépenses mensuelles par habitant	0,007 (2,90)	0,006 (3,30)
Taille des ménages	1,456 (1,19)	2,381 (2,44)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	-0,064 (1,29)	-0,020 (0,33)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-19,98 (1,72)	-23,38 (2,19)
Age	-0,029 (0,07)	-0,256 (0,66)
Marié = 1 Autre = 0	6,011 (0,26)	25,70 (1,14)
Célibataire = 1 Autre = 0	-23,05 (0,77)	-12,07 (0,46)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	3,522 (0,29)	-17,24 (1,50)
Education	10,25 (3,28)	3,572 (1,26)
No. d'obs. Coef. de déterm. aj.	1,054 0,028	724 0,028

A-41 MONTANT QUE LES GENS SONT PRETS A PAYER SOUS FORME DE TAXE : MODELE TOBIT (Le coefficient de Student est entre parenthèses)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	2,009 (0,22)	-0,175 (0,01)
Perception de la disponibilité des médicaments	-61,36 (3,37)	40,76 (1,08)
Dépenses mensuelles par habitant	0,002 (0,75)	0,013 (3,28)
Taille des ménages	-0,489 (0,29)	1,880 (0,87)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	0,129 (1,80)	-0,083 (0,62)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	-61,87 (3,76)	-136,55 (6,04)
Age	-1,519 (2,73)	-3,127 (3,93)
Marié = 1 Autre = 0	27,74 (0,89)	45,09 (0,98)
Célibataire = 1 Autre = 0	-80,07 (1,95)	-11,53 (0,20)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	63,74 (3,58)	36,17 (1,58)
Education	-0,321 (0,08)	16,80 (2,52)
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,846 -8,142,7 0,0035	2,115 -6,087,8 0,0074

A-42 CHOIX DE LA METHODE DE PAIEMENT : MODELE LOGIT (paiement à l'acte = 0, taxe et paiement forfaitaire = 1) (Le premier chiffre est le coefficient, le second, le ratio de probabilité, le coefficient de Student est entre parenthèses)		
	SAY	BOBOYE
Maladie au cours des trois derniers mois	0,264 1,302 (2,05)	-0,003 0,997 (0,031)
Perception de la disponibilité des médicaments	-0,737 0,478 (2,84)	-0,027 0,973 (0,09)
Dépenses mensuelles par habitant	0,00009 0,99991 (2,965)	-0,00004 0,999 (1,43)
Taille des ménages	-0,014 0,986 (0,68)	0,008 1,008 (0,43)
Temps de marche jusqu'à la structure sanitaire publique la plus proche	0,005 1,004 (4,05)	-0,003 0,997 (2,91)
Sexe Féminin = 2 Masculin = 1	0,206 1,229 (0,95)	0,721 2,056 (3,73)
Age	-0,001 0,999 (0,10)	0,009 1,009 (1,39)
Marié = 1 Autre = 0	0,021 1,022 (0,05)	0,096 1,101 (0,23)
Célibataire = 1 Autre = 0	0,138 1,148 (0,25)	0,396 1,485 (0,80)
Groupe ethnique Zarma = 1 Autre = 0	0,334 1,396 (1,30)	0,247 1,280 (1,23)
Education	-0,033 0,967 (0,71)	-0,066 0,936 (1,28)
No. d'obs. Vraisemblance log Pseudo coef. de déterm.	1,678 -406,6 0,0647	1,951 -540,2 0,0280

BIBLIOGRAPHIE

- Diop, F., Bitran, R., and Makinen, M., 1994. "Evaluation of the Impact of Pilot Tests for Cost Recovery on Primary Health Care in Niger." HFS Technical Report No. 16. Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD.
- Eklund, P. and Stavem, K., 1990. "Prepaid Financing of Primary Health Care in Guinea-Bissau," Africa Technical Department (Working Paper Series 488), The World Bank.
- Ellis, R. and Chawla, M., 1994. "Econometric Analysis of Demand for Outpatient Care in Niger," Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD.
- Griffin, C.C., 1992. "Health Insurance in Africa: A Review of Benefits, Costs, and Policy Options," Africa Technical Department, The World Bank, mimeo.
- La Forgia, G.M., Griffin C.C. and Bovjberg R.R., 1993. "Extending Coverage and Benefits of Social Financing Systems in Developing Countries, Phase I," Major Applied Research Paper No. 3, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD.
- Shepard, D.S., Vian T., and Kleinau E.F., 1990. "Health Insurance in Zaire," Africa Technical Department (Working Paper Series 489), The World Bank.
- Vogel, R.J., 1990. "Health Insurance in Sub-Saharan Africa: A Survey and Analysis," Africa Technical Department (Working paper Series 476), The World Bank.
- Wouters, A.M. and Kouzis, A., 1994. "Cost Recovery and Improved Drug Availability: I15 implications for Total Patient Treatment Costs," Major Applied Research Paper No. 12, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD.